

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ ТА ПОЛІТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ
ВІДНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ
ПІСЛЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ**

ПРАКТИЧНИЙ ПОСІБНИК

*За науковою редакцією члена-кореспондента
НАПН України Т. М. Титаренко*

Кропивницький – 2019

УДК 159.938.363.6
С 70

Рекомендовано до друку вченою радою
Інституту соціальної та політичної психології НАПН України,
протокол № 12/18 від 1 листопада 2018 року

Рецензенти:

Н. В. Чепелева, доктор психологічних наук, професор, дійсний член НАПН України;
О. Г. Злобіна, доктор соціологічних наук, професор;
І. Г. Губеладзе, кандидат психологічних наук

**Соціально-психологічні технології відновлення особистості після
травматичних подій** : практичний посібник / [Т. М. Титаренко,
С 70 М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін.] ; за наук. ред. Т. М. Титаренко /
Національна академія педагогічних наук України, Інститут соці-
альної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД,
2019. – 220 с.

ISBN 978-966-189-483-8

У посібнику висвітлюються результати дослідження соціально-психологічної реабілітації особистості, що переживає наслідки травматичних подій. Розроблено технологічний підхід до відновлення особистості, розглянуто ресурси, індикатори і критерії психологічного здоров'я особистості та етапи, технології і техніки реабілітації. Запропоновано способи організації комплексної психологічної підтримки особистості в надзвичайній ситуації. Визначено можливості реінтеграції проблемної особистості в суспільство, засоби відновлення зв'язків із сімейним оточенням, способи вирішення актуальних життєвих завдань. Висвітлено структуру ресурсів особистісної життєздатності та обґрунтовано доцільність застосування технологій їх відновлення. Визначено потенціал мобільних застосунків як інструменту регуляції психологічного стану користувачів та запропоновано алгоритми їх використання для психологічної допомоги та самопомоги. Описано різновиди психологічних втрат у військовослужбовців та визначено можливості використання ресурсу самоефективності, аби полегшити переживання цих втрат. Представлено технології подолання відчуження в учасників бойових дій. Обґрунтовано умови підвищення продуктивності соціально-психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб та розроблено арт-технології роботи з ними.

Посібник адресовано практичним, клінічним, військовим психологам, реабілітологам, соціальним і медичним працівникам, студентам і викладачам психологічних спеціальностей.

УДК 159.938.363.6

ISBN 978-966-189-483-8

Видано державним коштом. Продаж заборонено

© Інститут соціальної та політичної
психології НАПН України, 2019
© Титаренко Т. М., Гундертайло Ю. Д., Дворник М. С.,
Климчук В. О., Лазоренко Б. П., Ларіна Т. О.,
Мирончак К. В., Савінов В. В., Чернявська М. О., 2019

ЗМІСТ

Вступ (<i>Т. М. Титаренко</i>)	6
Розділ 1. Відновлення особистості після травматизації: технологічний підхід (<i>Т. М. Титаренко</i>)	9
1.1. Людина після травми: посттравматичний стрес чи посттравматичне зростання?	9
1.2. Можливості відновлення психологічного здоров'я особистості: ресурси, стратегії, індикатори, критерії	20
1.3. Соціально-психологічна реабілітація: етапи, технології, техніки	35
<i>Висновки до розділу</i>	46
<i>Практичні завдання</i>	48
Розділ 2. Організація системи психосоціальної підтримки особистості, яка пережила травму (<i>В. О. Климчук</i>)	49
2.1. Світовий досвід організації психосоціальної підтримки після травматичних подій	49
2.2. Організація психосоціальної підтримки в надзвичайній ситуації та одразу після неї	53
2.3. Психосоціальна підтримка осіб, які мають психічні розлади, пов'язані зі стресом і травмою	57
2.4. Система заходів із психосоціальної підтримки на робочому місці, у громадах	63
<i>Висновки до розділу</i>	68
<i>Практичні завдання</i>	69
Розділ 3. Соціально-психологічні технології відновлення проблемної особистості після травматичних подій (<i>Б. П. Лазоренко</i>)	70
3.1. Виявлення особистісних проявів та провідних негативних станів як наслідків переживання проблемною молоддю травматичних подій	71
3.2. Чинники залучення проблемної молоді до участі в реабілітаційних програмах	74

3.3. Технологічний комплекс групової та індивідуальної реабілітації проблемної молоді.....	77
<i>Висновки до розділу</i>	93
<i>Практичні завдання</i>	94

Розділ 4. Технології відновлення соціально-психологічних ресурсів життєздатності особистості, що переживає наслідки травматичних подій (Т. О. Ларіна)	95
4.1. Структура реабілітаційних ресурсів життєздатності особистості.....	95
4.2. Технології відновлення ресурсів життєздатності особистості.....	103
4.3. Практичні способи стабілізації та самовідновлення травмованої особистості.....	109
<i>Висновки до розділу</i>	112

Розділ 5. Використання мобільних застосунків для подолання психотравматизації (М. С. Дворник).....	113
5.1. Переваги та обмеження мобільних застосунків у психологічній допомозі особистості	113
5.2. Можливості мобільних застосунків в опрацюванні ознак психотравматизації	121
5.3. Використання мобільних застосунків для психологічної допомоги та самопомоги після травматичних подій	132
<i>Висновки до розділу</i>	138
<i>Практичні завдання</i>	139

Розділ 6. Технології відновлення самоефективності особистості, яка переживає втрату (К. В. Мирончак).....	141
6.1. Переживання втрати: особистісне спустошення чи простір для нового?.....	141
6.2. Використання ресурсу самоефективності військовими, які пережили втрату	146
6.3. Технології відновлення самоефективності особистості: подолання перешкод і шляхи реалізації.....	152
<i>Висновки до розділу</i>	158
<i>Практичні завдання</i>	159

Розділ 7. Технології подолання відчуження в учасників бойових дій (М. О. Чернявська)	160
7.1. Форми прояву та причини виникнення відчуження	160
7.2. Екзистенційно-аналітичні практики подолання відчуження .	162
7.3. Технології подолання відчуження: відновлення діалогу зі світом, життям, собою, сенсом.....	165
<i>Висновки до розділу</i>	169
<i>Практичні завдання</i>	170
Розділ 8. Соціально-психологічні технології відновлення життєвої неперервності в внутрішньо переміщених осіб (Ю. Д. Гундертайло)	171
8.1. Особливості надання психологічної підтримки внутрішньо переміщеним особам	171
8.2. Арт-терапевтичні техніки відновлення життєвої неперервності ВПО шляхом активізації ресурсних каналів.....	175
8.3. Групова технологія соціально-психологічної підтримки ВПО.....	178
<i>Висновки до розділу</i>	180
<i>Практичні завдання</i>	181
Розділ 9. Плейбек-театр як технологія відновлення особистості, що переживає наслідки травматизації (В. В. Савінов)	182
9.1. Рекомендації команді плейбек-театру щодо виступів перед травмованою аудиторією	183
9.2. Відновлювальні ефекти плейбек-театру під час роботи з важкою історією.....	186
<i>Висновки до розділу</i>	188
<i>Практичні завдання</i>	189
Висновки (Т. М. Титаренко)	191
Література	193
Додатки	208

ВСТУП

Сьогодні, коли ніким не очікувана війна із сусідньою державою призвела до анексії частини країни, тривалих бойових дій в іншій її частині, численних болісних втрат, усі ми опинилися в суб'єктивно складному стані хронічної невизначеності. Велика частина населення країни вже потребує і потребуватиме в майбутньому психологічної підтримки і допомоги, оскільки внаслідок тривалої травматизації суттєво знизилися соціально-адаптивні можливості людей, був втрачений колишній рівень особистісної цілісності, комунікативної компетентності, професійної самоефективності, психологічного благополуччя в цілому.

Актуальність висвітлюваної в посібнику проблематики підвищується завдяки розробленому авторами теоретико-методологічному та методичному базису для психологічних інтервенцій, спрямованих на подолання наслідків травматизації. Як свідчать лонгітюдні дослідження та історичні факти, рани війни, якщо їх не лікувати, не загоюються самі, а нерідко мають віддалені наслідки і в наступних поколіннях. Тому конче потрібно знайти відповідь на запитання, яким чином психологи можуть допомогти лікуванню воєнної травматизації, як підтримувати і повертати до повноцінного життя різні верстви населення, що постраждали внаслідок воєнних дій.

З якими наслідками тривалої травматизації вже стикається суспільство? До чого маємо готуватися в майбутньому? Як зберегти і відновити психологічне здоров'я населення? Які соціально-психологічні технології реабілітації є найбільш ефективними? Колектив лабораторії соціальної психології особистості вивчає найскладніші і найактуальніші аспекти соціально-психологічної реабілітації особистості, психологічне здоров'я якої потребує пильної уваги.

Читач знайде в посібнику конкретні технології і техніки соціально-психологічної реабілітації, які стануть у пригоді як психологам-практикам, що надають допомогу, так і самим постраждалим. Співробітники центрів реабілітації військових і членів їхніх сімей, центрів допомоги внутрішньо переміщеним особам, а також учасники волонтерських організацій, міждисциплінарних реабілітаційних команд зможуть використовувати численні способи і прийоми відновлення ресурсів особистості.

У першому розділі (Титаренко Т. М.) проаналізовано діапазон можливих наслідків дії травми на особистість – від посттравматич-

ного стресу до посттравматичного зростання; запропоновано технологічний підхід до відновлення особистості; визначено ресурси, індикатори і критерії психологічного здоров'я; розглянуто відповідно до кожного етапу реабілітації мішені впливу, технології і техніки професійної психологічної допомоги; з'ясовано особливості групової та індивідуальної реабілітаційної роботи, груп взаємодопомоги, непрямої психологічної допомоги, що сприяють модифікаціям домашнього, професійного, дозвілєвого середовища.

Другий розділ (Климчук В. О.) присвячено аналізу зарубіжного досвіду створення системи психосоціальної підтримки особистості, що пережила травму. Показано, як синхронізувати та інтегрувати дії всіх, хто має стосунок до підтримки травмованих осіб; визначено можливості міжвідомчої взаємодії на державному, міждисциплінарному, міжорганізаційному рівнях, способи координації дій спільнот та організацій, покрокові інструкції щодо ефективної співпраці між відомствами.

У третьому розділі (Лазоренко Б. П.) основну увагу зосереджено на технологіях відновлення проблемної молоді як однієї з найбільш вразливих груп, чие психологічне здоров'я постраждало під час війни. Визначено негативні психосоматичні стани молоді після травматизації та чинники залучення її до участі в реабілітаційних програмах; виокремлено критерії адаптивності проблемної особистості до суспільного життя та запропоновано реабілітаційно-реадаптаційний комплекс з надання психологічної допомоги; визначено умови профілактики травматизації в дитячому та підлітковому середовищі.

Четвертий розділ (Ларіна Т. О.) присвячено технологіям відновлення індивідуально-психологічних, особистісних і соціально-психологічних ресурсів життєздатності особистості, завдяки яким негативні наслідки травматизації можуть бути певною мірою нейтралізовані. Розглянуто способи розподілу ресурсів життєздатності в складних умовах; проведено порівняльний аналіз реабілітаційних резервів для людей молодого і зрілого віку; запропоновано техніки і технології реконструкції базових реабілітаційних ресурсів життєздатності та безпекових навичок особистості.

У п'ятому розділі (Дворник М. С.) представлено технології використання мобільних застосунків для подолання психотравматизації. Показано можливості персональних електронних пристроїв у діагностуванні ознак психотравматизації, запобіганні ускладненням, наданні самопомоги; проаналізовано застосунки з комбінуванням

просвітницької, моніторингової та супровідної функцій; розглянуто способи поєднання такої сучасної технології із консультаціями психолога, отриманням допомоги волонтерів, груп “рівний–рівному”, родичів та близьких.

Шостий розділ (Миرونчак К. В.) присвячено технологіям відновлення самоефективності особистості, яка переживає втрату. Особливу увагу приділено амбівалентній природі втрати, яка може стати не лише причиною психологічних страждань, а й можливістю оновлення; розглянуто практики підтримання військовими самоефективності в небезпечних для життя умовах; запропоновано поетапні способи відновлення ресурсів, до яких варто звертатися для підвищення рівня самоефективності, у тому числі медійні технології.

Змістом сьомого розділу (Чернявська М. О.), теж присвяченого учасникам бойових дій, є причини виникнення відчуження від роботи, суспільства, значущих стосунків, від сім'ї і самого себе та способи його подолання. Серед найбільш ефективних запропоновано екзистенційно-аналітичні практики подолання відчуження та технології відновлення діалогу зі світом, життям, собою, сенсом.

У восьмому розділі (Гундєртайло Ю. Д.) представлено соціально-психологічні технології відновлення життєвої неперервності внутрішньо переміщених осіб. Увагу зосереджено на клієнтоорієнтованій, міждисциплінарній та координованій психологічній підтримці переселенців; особливостях підготовки спеціалістів для надання такої підтримки; арт-терапевтичних прийомах подолання дефіцитарності ресурсних каналів та роботі з групами і спільнотами.

Дев'ятий розділ посібника (Савінов В. В.) присвячено плейбек-театру як технології одночасного відновлення великих груп людей, що переживають наслідки травматизації. Проаналізовано функції театралізованого психологічного супроводу постраждалих від травматизації осіб; представлено способи насичення аудиторії психологічними ресурсами, формування атмосфери довіри, особливості створення особистих та спільних оновлених життєвих історій.

Колектив лабораторії щиро вдячний членам вченої ради Інституту соціальної та політичної психології НАПН України і шановним рецензентам академіку, доктору психологічних наук, професору Н. В. Чепелевій, доктору соціологічних наук, професору О. Г. Злобіній, кандидату психологічних наук, докторантці Інституту І. Г. Губеладзе за прискіпливий аналіз, конструктивні зауваження та слушні поради.

РОЗДІЛ 1

ВІДНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ ПІСЛЯ ТРАВМАТИЗАЦІЇ: ТЕХНОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД

1.1. Людина після травми: посттравматичний стрес чи посттравматичне зростання?

Що відбувається з населенням України під впливом довготривалої воєнної та інформаційної агресії сусідньої держави? Як діє на людину потужна інформаційно-психологічна війна?

У тих, хто надто довіряє радію і телебаченню, щодня дивиться російські канали чи відповідні інтернет-ресурси і некритично сприймає потоки сфабрикованих “новин”, поступово втрачається адекватність бачення навколишнього світу. Непомітно відбуваються деформації життєвих орієнтацій, цінностей, соціальних настановлень, очікувань. Зміни світогляду у деякого зумовлюють девіантні чи навіть делінквентні прояви, що становить небезпеку і для самої особистості, і для її родини, і для суспільства в цілому.

У некритичної, несамостійної людини внаслідок гіпнотичного впливу мас-медіа відбуваються певні зміни психічного здоров'я. Серед порушень, як свідчать спеціалісти, превалюють не лише донозологічні – соціально-стресові розлади, а й клінічно окреслені психічні розлади в діапазоні від гострої реакції горя до посттравматичного стресового розладу (Марута, Маркова, 2015).

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), на думку не лише пересічних громадян, а й багатьох соціальних працівників, чиновників, психологів, військових, є безумовним наслідком перебування людини в небезпечних умовах. Чи так це насправді? Що таке ПТСР?

Розпочнімо зі стресу як такого. Як відомо, чинником, що викликає стрес, вважають подразник, який діє на людину або надто

інтенсивно, або дуже довго, і дія ця суб'єктивно сприймається як неприємна, шкідлива, інколи навіть руйнівна. Якщо стрес не надмірний, не дуже тяжкий і тривалий, він не шкодить, а, навпаки, підвищує психологічний імунітет людини. Якщо ж стресу забагато, людина втрачає спокій, оптимізм, продуктивність, стає дратівливою і пригніченою. З нею все важче спілкуватися, співпрацювати, знаходити спільну мову. Зростає також імовірність виникнення й загострення психосоматичних захворювань.

Неодноразове потрапляння у схожі несприятливі обставини поступово послаблює силу стресових реакцій, оскільки задіюється адаптивний потенціал людини, вона звикає до обстрілів, неспання, самотності, навчається передбачати можливі наслідки розгортання подій і реакції оточення, виробляє навички відповідного реагування, стає впевненішою у власних силах. Сутність стресу, за Г. Сельє, якраз і полягає в активізації потреби посилювати власні пристосувальні, адаптивні функції. Щоправда, далеко не до всього можна адаптуватися і кожен має власний, інколи досить обмежений ресурс.

Отже, стрес – це природний стан підвищеної уваги, загальний спосіб реагування на щось нове, несподіване, неприємне емоційним і фізичним напруженням, збудженням, мобілізацією. Стрес зазвичай виникає в умовах ризику, необхідності швидко і самостійно приймати рішення, миттєво реагувати на загрози. Усе, що нас зачіпає, виводить з рівноваги, примушує страждати, спонукає думати над причинами і наслідками, не лише переживається як стрес, а й завдяки цьому запам'ятовується, стає подією в нашому житті, джерелом нового досвіду.

Загальний адаптаційний синдром, що розгортається під впливом стресу, має певні стадії. Перша стадія є стадією тривоги, мобілізації, alarm-реакції і триває від двох годин до кількох діб. Коли ми стикаємося з небезпекою, вмикається дуже давній пристосувальний механізм реагування, необхідний для виживання. Аби вистачило сил, організм аварійно реагує вибухом енергії, збудження стрімко зростає, загострюється зір і слух, зростає швидкість психічних і моторних процесів. Емоції змінюють одна одну: настороженість, переляк, паніка, злість, лють, рішучість, пильність. Уся увага концентрується на стресорі. Необхідність швидко оцінити ступінь небезпеки і власні можливості сприяє максимальній мобілізації. Фаза шоку із загальним розбалансуванням функцій унаслідок потрясіння змінюється на

фазу протишоку, коли людині поступово вдається знизити загальну напруженість і розпочати пристосовуватися до того, що відбувається.

Якщо на першій стадії стрес не вдається подолати і людина досить довго перебуває в тривожному стані, настає друга стадія, яку називають стадією резистентності, усталеності чи спротиву. Це стан пристосування до нових емоційних і фізичних навантажень, спрямований на більш-менш нормальне існування в складних умовах. На цій стадії адаптаційні ресурси вже не витрачаються так неекономно, як на попередній. Що більшою є резистентність, то краще людина протистоїть негативним впливам, то довше вона здатна тримати удар. Формується підвищена стійкість до стресогенного впливу, зростають гнучкість, пластичність, активізуються нові і нові механізми захисту. Головним чинником подолання стресу на цій стадії стає усвідомлення власної ролі в розгортанні подій.

Наступна стадія, якщо вона настає, може стати катастрофічною. Її називають стадією виснаження, коли всю енергію вичерпано і людина більше не має сил для спротиву обставинам. Ця стадія не є обов'язковою, бо частіше стрес вдається подолати на попередніх стадіях. Якщо ж тяжке виснаження все ж настає, можуть розвинути-ся тяжкі захворювання, здатні призвести до смерті людини. Особливо небезпечними є повторення дії інтенсивного стресора, коли людина ще не встигла відновитися, або додаткова дія не менш сильного шкідливого агента. У таких випадках сподіватися на самовідновлення було б дуже необачно. Кваліфіковану допомогу мають надати фахівці.

Які способи реагування на стрес, адаптації до нього відповідають зазначеним стадіям?

Первинне реагування на екстремальні умови може відбуватися в активній і пасивній формах. Реагуючи активно, людина заходиться плачем, голосить, кричить, звинувачує себе або тих, хто поруч. Типовими явищами при цьому є істерика, нецензурна лайка, трощення меблів, бійки. Інколи людина може втекти з місця події, зробити щось протиправне, порушити моральні норми. Якщо ж людина реагує пасивно, то вона під впливом стресора завмирає, впадає в апатію, не бореться, а намагається зачати і перечекати небезпеку.

На наступній стадії активізується загальна мобілізація. Загострюється увага, зростає активність людини, її відповідальність, поси-

люється здатність долати перешкоди, підвищується стресостійкість. Відбувається активний пошук оперативних, нестандартних рішень. Активізуються процеси самоусвідомлення, самоідентифікування. Посилюється самоконтроль, що дає змогу гальмувати небажані імпульси. Людина по-новому оцінює тих, кому може довіряти, і тих, від кого не слід чекати підтримки і допомоги в складних умовах. У групі військовослужбовців може відбутися зміна колишніх лідерів на тих, хто здатний в екстремальних умовах повести за собою.

На відміну від фізіологічного стресу, який діє завжди і на всіх, психологічний стрес може на когось справляти пошкоджувальний вплив, а на когось – ні. Усе залежить від ставлення людини до нього, її індивідуальних особливостей, попереднього досвіду, способу інтерпретації того, що відбувається.

Тривожна, песимістична, емоційно розбалансована людина більш схильна реагувати на нові умови, в яких опинилася, як на загрозливі, і ці умови дійсно стають для неї стресором. А людина спокійна, врівноважена, емоційно стабільна ту ж саму ситуацію бачить як ненудну, навіть цікаву, і негативна дія стресора для неї мінімізується.

Залежно від того, якою мірою людина імплементує очікувану небезпеку в історію свого життя, яким чином розтлумачить собі зміст і наслідки можливих ризиків, як спрогнозує власне майбутнє в нових умовах, залежать і сила, і тривалість дії стресора, і його наслідки.

За тривалістю стреси поділяють на гострі, швидкоплинні, і хронічні, затяжні. Хронічні стреси як найбільш небезпечні передбачають довготривалу руйнівну дію шкідливого фактора, що й спостерігається під час війни.

Коли діагностують ПТСР, ідеться про психологічні наслідки травматичних подій, свідком або учасником яких була людина. Це може бути одна подія або ціла серія таких подій, як, наприклад, стихійне лихо, ДТП, насильство, загроза смерті. Оскільки під час війни катастрофічних подій завжди чимало, то останні п'ять років стали для значної частини населення України найбільшим джерелом стресових розладів.

Зрозуміло, що найбільше від травматизації потерпають безпосередні учасники бойових дій. Адаптивний потенціал більшості комбатантів вичерпується вже через місяць перебування в безпосе-

редньому зіткненні з ворогом, бо жодна психіка не в змозі витримувати протягом тривалого часу виснажливий стан постійної напруженості і надмірної мобілізованості. Навіть у тих військовослужбовців, які демонстрували досить високий рівень опірності щодо бойового стресу до відправлення на фронт, після повернення потенціал знижувався втричі (Основи психологічної допомоги..., 2015).

Постраждали від травматизації переживають цілу низку тяжких, неприємних емоцій, стають гіперзбудженими, дисфоричними. Серед типових симптомів ПТСР – висока тривожність, постійне очікування загрози, пильність і водночас безпорадність, стійкі порушення сну, підвищена схильність до ризику, почуття нереальності того, що сталося, переживання ізольованості від оточення. За наявності неконтрольованих нав'язливих спогадів про травму людина всіма силами відсторонюється від осмислення пережитого, від людей, які намагаються її розпитувати і пробуджувати болісні спогади.

Діагноз посттравматичного стресового розладу ставлять тоді, коли зазначені симптоми спостерігаються більш як місяць і призводять до значних порушень щоденного функціонування. У певної кількості людей стресові ознаки проявляються понад рік (14%), а то й більш як три роки (11%) (Arnberg, Michel, Lundin, 2015). В окремих випадках посттравматичні розлади можуть тривати десятиріччя.

Поява і тривалість афективних та поведінкових розладів, варіантів посттравматичного стресового розладу залежать від взаємодії цілого комплексу чинників. Це й особливості травматичної події, і демографічні, статево-вікові характеристики людини, і її індивідуально-психологічні особливості, риси характеру, загальний стан здоров'я. На появу симптомів ПТСР впливає також ступінь включеності людини в те, що відбувалося: близькість до події, інтенсивність відчуття загрози життю, наявність фізичних та/або психічних травм, попередній досвід переживання втрат. Набір цих різноманітних чинників для кожної людини різний, і тому вони завжди по-різному запускають і підтримують певні порушення.

Простежуються різні варіанти динаміки ПТСР. Найпоширеніші траєкторії розвитку стресових реакцій – це траєкторія опору (resistance) і траєкторія відновлювання (resilience). В обох випадках інтенсивність стресових розладів після події відносно невисока, а симптоми послаблюються протягом перших місяців. Різниця полягає в тому, що опір передбачає здатність людини вистояти із найменши-

ми втратами, не зламатися під тиском стресора, а відновлення свідчить про її здатність повністю повернути собі після пережитого фізичне і психологічне здоров'я, покращити власну адаптивність, пластичність, антикрихкість.

Наступні два варіанти динаміки ПТСР аж ніяк не можна віднести до конструктивних. Ідеться про хронічну та відстрочену траєкторії. Люди, які “рухаються” хронічною траєкторією, мають високий початковий рівень посттравматичного стресу, який майже не послаблюється протягом перших років. У тих, для кого характерна відстрочена траєкторія, високий рівень розладів виникає через кілька місяців після події і з часом може навіть посилюватися (Arnberg, Michel, Lundin, 2015; Trajectories..., 2014).

Стресові розлади після воєнної травми частіше виникають у молоді, ніж у людей зрілого віку, оскільки старші люди мають більший життєвий досвід, краще передбачають можливі наслідки подій і володіють значною кількістю способів опанування. А серед молодих людей жертвами травмування стають насамперед ті, хто має проблеми на роботі, хто відчуває незадоволення близькими стосунками. У цієї групи молоді хронічні емоційні проблеми загострюються, виникають нові конфліктні ситуації, розвивається алкогольна і наркотична залежність, поступово втрачається здатність будувати міцні стосунки із значущим оточенням (Lauer, 1998, p. 538).

Психологу-практику слід пам'ятати, що дія ПТСР може проявлятися не відразу, тому загальмованість людини після трагічного інциденту не варто оманливо сприймати як спокій, урівноваженість, неушкодженість. Інколи повна картина симптомів розгортається не раніше, ніж через півроку після події. Крім того, якщо наслідки пережитої травми з часом вдалося подолати, усе ж людина час від часу може дуже яскраво і болісно згадувати власну участь у бойових діях і знову занурюватися у страждання. Під час таких нападів, флешбеків (flash-back) інтенсивність негативних переживань нерідко сягає майже первинного рівня. Саме тому допомога спеціалістів у діагностиці і подоланні ПТСР дуже важлива. Адже дія травми поширюється на всі сфери життя людини, впливає на її здоров'я, працездатність, стосунки.

Ефективні стратегії подолання наслідків посттравматичних подій базуються:

- на формуванні навичок позитивної переоцінки складної ситуації;
- на стимулюванні спроб досягнути пережите в найрізноманітніших контекстах;
- на активізації конструктивного переосмислення власних переживань і можливостей, пов'язаних з травмою;
- на розвитку вміння акцентувати увагу на світлій стороні речей.

Сьогодні ставлення науковців до посттравматичного стресового розладу помітно змінюється. Уже далеко не всі спеціалісти вважають ПТСР хворобливим станом психіки, який потребує лікування. Тепер його розглядають як прояв низької толерантності до стресу, тобто як один з варіантів норми.

Чи не найважливіше, про що треба знати психологам-практикам, які безпосередньо стикаються з ПТСР, так це про його поширеність. Серед усіх, хто опиняється в епіцентрі чи то природного лиха, чи соціальних катаклізмів, посттравматичні стресові розлади потенційно можуть виникнути приблизно в однієї третини людей. Решта, переживши серії гострих стресових реакцій, самостійно відновлюється. Найкраще це вдається тим, хто має мету, заради якої хоче повноцінно функціонувати, хто спирається на власний внутрішній ресурс і вірить у нього, хто вже має раніше набутий екстремальний досвід, у кого є підтримка і розуміння близького оточення.

Отже, для більшості учасників чи свідків катастрофічних подій життєві випробування не стають причиною подальшої глибокої травми. Це не означає, що вони не потребують психологічної допомоги і підтримки. Це говорить лише про те, що зазвичай їм цілком вистачає першої психологічної допомоги, яку можуть надати друзі, колеги, побратими, родичі.

Водночас серед потерпілих є чимало людей, для яких травми стають каталізатором не негативних, а, навпаки, позитивних зрушень. Яких саме? Наприклад, потрапляння в травматичну ситуацію сприяє виявленню сильних сторін власної особистості, зміцненню значущих стосунків, а інколи навіть важливій професійній переорієнтації. Саме про таких людей говорять як про схильних до посттравматичного зростання.

Термін “посттравматичне зростання” використовують для характеристики позитивних змін, які відбуваються з людиною в ре-

зультаті переживання травматичної події (Tedeschi, Calhoun, 2004). І трапляється це явище навіть частіше, ніж ПТСР. Його поширеність, за даними науковців, коливається між 30 і 70% постраждалих від травм різного типу (Linley, Joseph, 2004).

Багаторічні дослідження нашої лабораторії також свідчать про те, що життєві кризи, які багаторазово переживаються кожною людиною протягом життя, не лише руйнують цінності, смисли, стосунки. Як певний екстремум буття, криза водночас є каталізатором, руйнівною силою конструктивної особистісної перебудови. Складні виклики з боку середовища, які переживаються як екстремальні, травматичні, кризові, водночас стають провідною причиною важливих особистісних трансформацій. Кризові випробування стимулюють до якомога повнішого усвідомлення фундаментальних, базових цінностей, до пошуку покликання, розуміння власної ролі у всьому, що відбувається. Криза підштовхує людину до звільнення від залежностей, до більшої внутрішньої автономізації, до кардинального перегляду власного оточення. Вдало проходячи кризові випробування, людина вчиться приймати основні життєві рішення більш самостійно і відповідально, намагаючись бути вірною своїм життєвим орієнтирам.

У чому проявляється посттравматичне зростання?

- По-перше, у більш глибоких і ширих стосунках людини із значущими для неї людьми.
- По-друге, у кращому розумінні себе, своєї чутливості і сили, сміливості і витривалості.
- По-третє, у вмінні цінувати кожний прожитий день, радіти простим повсякденним дрібницям.
- По-четверте, у бажанні проявляти і розвивати власні здібності, робити те, що подобається, до чого відчуваєш схильність.

Чи кожна травма, з якою стикається людина, може стати поштовхом для посттравматичного зростання? Виявляється, ні. Усе залежить від сили травмування. Незначні травми до зростання не приводять, оскільки людина справляється з ними звичними для себе способами і нові копінги виробляти немає потреби. Дуже серйозні травми, які провокують ПТСР, можуть цілком зруйнувати звичні копінги і відчутно загальмувати можливості зростання. А от помірний стрес (щоправда, для кожного ця помірність індивідуальна) сприяє посттравматичному зростанню. Помірний стрес, тобто такий,

на який людині вистачає її внутрішнього ресурсу, допомагає поновому побачити, переосмислити травму і знайти нові способи її подолання.

Вам здається, що жінки більш схильні до посттравматичного зростання? Що в молоді це виходить краще? Якщо робити висновки, аналізуючи типову для психологічних тренінгів аудиторію, покупців книжок про особистісне зростання, то справді можна дійти такої думки. Жінки частіше, ніж чоловіки, говорять про бажання розвиватися, зростати як про свою головну мету. І молоді жінки частіше, ніж жінки зрілого віку. Але ці факти нічого не говорять про особливості переживання травми. Як показали емпіричні дослідження, ані вік людини, ані її стать, ані освіта чи соціальний статус не впливають суттєво на можливість зростання після травми.

На думку Нассима Талеба, всередині кожної особистості є частина, яка прагне стабільності, передбачуваності, спокою, що свідчить про її крихкість, тендітність. Потреби людей, особистість яких більшою мірою утворена такою стабільною часткою, під час війни не задовольняються належним чином. Водночас кожна особистість має також частку антикрихкості. І у всіх ці пропорції крихкості-антикрихкості різні.

Люди, особистість яких складається більшою мірою з антикрихкості, легше переживають негативні події. Адже вони не прагнуть обов'язково залишатися такими, якими були до війни. Їхні потреби модифікуються, і вони загартовуються, стають сильнішими. Як пише Талеб, “зміни й інновації починаються, коли гіперреакція на невдачі вивільняє надмірну енергію” (Талеб, 2016, с. 73). Саме завдяки цій надмірній енергії і виникають додаткові дози мотивації і сили духу (там само, с. 78).

Схильність до посттравматичного зростання мають насамперед антикрихкі, життєстійкі особистості, які органічно почуваються в умовах непередбачуваності, швидко адаптуються до невизначеності, випадковості, небезпеки. Для них певні воєнні епізоди не стають однозначно травматичними, як це відбувається з особистостями крихкими. Вони починають сприймати пережите не лише в негативному, а й у позитивному ключі. Це для них переломний момент перемоги над собою і обставинами. Почуття спільності, відданості, стійкості, самоповаги, оптимізму сприяють різнобічній, глибокій інтерпретації пережитого і полегшують інтеграцію набутого досвіду.

Серед індивідуальних особливостей людини, які мають відчутний вплив на посттравматичне зростання, слід назвати такі:

- пильність, уважність, здатність вчасно помічати й об'єктивно оцінювати загрози;
- вміння зосереджуватися, фокусуватися на проблемі, не перебільшуючи її руйнівного характеру;
- здатність переосмислювати травматичні спогади, бачити їх в інших ракурсах;
- оптимістичне ставлення до життя, до себе, до оточення, до минулого, теперішнього і майбутнього;
- віра у вищі сили, внутрішня і зовнішня релігійність;
- висока готовність до несподіваних змін, до небезпечних ситуацій, антикрихкість, життестійкість.

Як у небезпечних умовах підвищувати власну здатність до особистісного зростання? І чи можливо це взагалі, якщо повного набору потрібних індивідуальних особливостей немає? Абсолютно всі перераховані вище характеристики навряд чи трапляються в розвинутому вигляді дуже часто. І все ж завдання посттравматичного зростання є цілком реальним.

Практики активізації посттравматичного зростання в сьогоdnішніх умовах передбачають:

1) *зміну ставлення до воєнної травматизації*. Людина має знати, що зовсім не обов'язково ставати жертвою життєвих випробувань, що далеко не кожний стрес викликає посттравматичні розлади, що енергію стресу можна перетворювати та ефективно використовувати (Макгонігал, 2017). Нове ставлення до стресових реакцій як до ресурсу посилює імунітет до травматизації і сприяє появі нових практик посттравматичного зростання;

2) *пошук нових способів взаємодії, більш ефективних форм контактування з оточенням, переформатування симпатій-антипатій*. Колишні військовослужбовці розповідають, що під час воєнних дій особливо гостро відчували, усвідомили, зрозуміли, наскільки дорогими є для них люди, які залишилися вдома і чекають на їхнє повернення, як багато залежить від товаришів, які поруч, яким довіряєш;

3) *відновлення здатності до пошуку смислу власного буття, до сенсотворення*. Війна вимагає від кожного розгорнутого, аргументованого, усвідомленого вирішення завдання на смисл, яке в мирний час відбувається згорнуто, не досить усвідомлено, непомітно. Під

час роботи із психотерапевтом комбатанти говорять про несподіваність для себе і значущість ціннісно-сміслових змін, коли старі пріоритети, бажання, мрії трансформуються кардинальним чином. Вони згадують, як у найнебезпечніші часи зіткнення з ворогом раптом усвідомлювали, яким прекрасним буває схід сонця чи смак кави, як хочеться просто жити, кохати, робити улюблену справу, ростити дітей, не думаючи про статуси, статки, престижність професії чи кар'єрне зростання;

4) *посилення уваги до власної ролі у всьому, що відбувається, зміна ставлення до причин і наслідків певних подій у житті*. Навіть ті люди, які ніколи раніше не замислювалися про власну відповідальність, які звикли жити в нереклексивному режимі, тепер крок за кроком вчаться реалістичніше сприймати, усвідомлювати, оцінювати, інтерпретувати те, що відбувається в житті, відчуваючи і передбачаючи можливі наслідки кожної дії, вчинку, кожного життєвого рішення;

5) *постійне самонавчання, зростання готовності до змін, усе більш конструктивне ставлення до власних помилок*. Для рухливої, змінюваної особистості власне життя не є завершеним твором з усталеною композицією, не є картиною, яку вже остаточно дописано. Життя для неї – це радше полігон, на якому весь час відбуваються зміни, пошуки, випробування, перетворення. На цьому відкритому всім вітрам майданчику, незважаючи на всю несподіваність, неструктурованість і невпорядкованість зовнішніх умов чи саме завдяки цьому, особистість загартовується, вчиться не боятися випадковостей і сприймати стреси як поштовх для руху вперед, для чергового апгрейту, до оновлення. Складний досвід стає для такої особистості можливістю відчути більшу повноту життя та спробувати нову для себе, продуктивнішу взаємодію із собою, із світом, з іншими людьми.

Отже, психологічна травматизація особистості зовсім не обов'язково і далеко не завжди має виражені негативні наслідки. Пережиті випробування загартовують людей, підвищують їхню життєстійкість, нерідко стаючи стимулом для особистісного зростання. Жорсткі вимоги, яким має відповідати людина у воєнні часи, можуть обернутися несподіваними перспективами, особливо якщо людина розумітиме, що проживання складних часів вимагає значних енерге-

тичних витрат, мужності, терпіння, сміливості, вміння переборювати перепони, долати себе.

Посттравматичне зростання проявляється в налагодженні більш глибоких стосунків із значущими людьми; у розумінні себе не лише як чутливої і вразливої людини, а й як людини сильної і витривалої. Швидкість й успішність посттравматичного зростання забезпечується насамперед прийняттям, засвоєнням, переосмисленням, інтеграцією набутого болісного досвіду.

1.2. Можливості відновлення психологічного здоров'я особистості: ресурси, стратегії, індикатори, критерії

Щоб відповісти на запитання про зміст психологічного здоров'я, слід насамперед розпочати із здоров'я загального, яке об'єктивно і суб'єктивно є чи не найважливішою людською цінністю.

Що таке здоров'я людини? Його визначають як таку форму життєдіяльності, котра забезпечує необхідну якість життя і достатню його тривалість (Психологія здоров'я, 2006, с. 33). Фізичне, соціальне та особистісне здоров'я є основним персональним капіталом людини, який потребує розвитку, збереження та відтворення.

Здоров'я найчастіше визначають не просто як стан, коли людину не турбують якісь нездужання чи захворювання, адже життя без поганого самопочуття, тимчасових недуг навряд чи буває. Здоров'я передбачає гармонійне поєднання фізіологічних, психологічних (особистісних, душевних) та соціальних чинників, що забезпечують внутрішнє благополуччя.

Якщо здоров'я відчутно не вистачає, якщо його втрачено, то ніякий добробут, ніяке фінансове благополуччя, ніяка слава, визнання, почесні зазвичай не можуть задовольнити хвору людину, яка страждає. Щоденне існування стає складним випробуванням і в більшості випадків не приносить ані їй, ані її близьким утіхи, радості, спокою.

Хоча, на щастя, і тут не все так категорично. Існують певні винятки з правил, коли, наприклад, людина, яка отримала на війні сер-

йозну інвалідність, усе ж активно самореалізовується і завдяки цьому почувається повноцінною і здоровою.

Пригадується автор книжок із саморозвитку Нік Вуйчич, що народився без рук і ніг, але зміг стати цілком незалежним та успішним. Важко повірити, але він дає собі раду, багато подорожує, виступає перед величезними аудиторіями в різних країнах, включаючи й Україну. Ця людина свого часу переборола свій відчай, гостре бажання звести рахунки із життям і стала цілком благополучною. Вуйчич здобув дві вищі освіти, освоїв комп'ютер, у вільний час він плаває, пірнає, захоплюється стрибками у воду, серфінгом, риболовлю. Його життя набагато багатше і яскравіше, ніж життя величезної кількості абсолютно здорових сучасників.

Ще більше вражає постать усесвітньо відомого англійського фізика-теоретика Стівена Гокінга. Цей талановитий юнак до 21-річного віку зовсім не знав про своє захворювання – аміотрофічний склероз, але згодом уже не міг самостійно пересуватися, їсти без допомоги сторонніх, а потім і говорити. Незважаючи на постійне погіршення стану здоров'я, ця мужня людина все життя працювала: він робив відкриття в астрофізиці, квантовій гравітації, космології, писав науково-популярні книжки, виступав. Його життєва енергія, його небайдужість до життя суспільства просто вражають. У визнаного вченого, який мав купу нагород, знаходилися сили для участі в Марші протесту проти війни у В'єтнамі, для підтримки всесвітньої боротьби за ядерне роззброєння та для привернення уваги громадськості до небезпечних змін клімату на нашій планеті. Стівен Гокінг прожив 76 років і за своє плідне життя двічі був одружений, мав трьох дітей і стільки ж онуків. Він говорив: “Людська раса така немічна, якщо порівнювати з Усесвітом, що бути інвалідом – не така вже й важлива річ з точки зору космосу”.

Отже, вплив здоров'я на якість життя людини не є фатальним і має нелінійний характер. Є здоров'я, а чи його немає – усе це лише задає певний діапазон можливостей та обмежень для кожного з нас, але практично ніколи не позбавляє людину вибору власної життєвої позиції, стилю життя, способів самовияву.

Говорячи про здорову людину, найчастіше мають на увазі її життєві сили, енергію, рівновагу. У буденній свідомості внутрішня незбалансованість, непрогнозованість дій і вчинків людини, часом нездатність до самоконтролю, негармонійність у ставленні до себе та

інших нерідко вважаються причинами серйозних соматичних і психічних захворювань. Дізнатися, що в цих твердженнях є причиною, а що – наслідком, практично неможливо. І незважаючи на те, що подібні погляди ніколи не мали наукового підтвердження, вони все ж формують суспільну думку завдяки своїй масовості, поширеності.

Нерідко головним критерієм здоров'я вважають ступінь адаптованості людини до навколишнього світу. За цією логікою що адаптованіша людина до зовнішніх умов, то вона здоровіша. Відповідно, зручний для керівництва, слухняний конформіст має бути здоровішим за непокірного, незручного для оточення бунтаря, а еталоном фізичного здоров'я мали б бути нацистські злочинці, які були максимально адаптовані до умов, у яких опинилися, і просто виконували накази. Апологети адаптаційного підходу стверджують, що навіть тимчасове погіршення пристосованості до вимог оточення, наприклад під впливом воєнної травми, буде провокувати погіршення здоров'я і появу різноманітних хвороб. Практика ці судження спростовує, але їхня живучість свідчить про відповідність таких поглядів певним соціальним стандартам, особливо в тоталітарних країнах.

Чи задоволені люди власним станом здоров'я? І як ця задоволеність або незадоволеність впливають на реальні показники здоров'я населення? Існують порівняльні дані щодо цієї задоволеності в багатих і бідних країнах. Виявляється, що рівень задоволеності власним здоров'ям у країнах з низьким економічним рівнем вищий, ніж у країнах з більш високими життєвими стандартами (Graham, 2008).

Виходить, справа не тільки в кількості лікарняних ліжок чи пацієнтів на одного лікаря, у можливості купити потрібні ліки в аптеці. Дуже багато чого в житті людини залежить від її спрямованості, бажання, настановлень і зусиль. Люди, які самі беруть на себе відповідальність за власне здоров'я, тобто мають високі показники інтернальності за цією шкалою, більш задоволені життям і фізично здоровіші, ніж ті, у кого багато грошей.

Як гарне здоров'я, так і хворобливість, тобто нездужання людини через складні захворювання, залежать від цілого комплексу біологічних, психологічних, соціальних чинників. У нашому контексті значущими є насамперед соціально-психологічні практики збереження і відновлення здоров'я людини, що базуються на покращенні стосунків між людьми, підвищенні їхньої поінформованості у

сфері здоров'я, зростанні відповідальності за себе і своїх рідних, урахуванні культурних, сімейних традицій щодо оздоровлення.

Важко аналізувати проблему здоров'я, абстрагуючись від його соціокультурної складової. Отже, крім здоров'я тілесного (фізичного, соматичного), для кожної людини має значення ще й здоров'я соціальне. Воно охоплює політико-соціальні, екологічні та етичні аспекти людської життєдіяльності. На соціальне здоров'я впливає дуже багато чинників, деякі з яких практично не залежать від людини. Це, наприклад, кліматичні умови, соціальне походження, вік, розвиненість системи охорони здоров'я в країні. Інші чинники, як-от: житлові умови, рівень матеріального добробуту, умови праці, побуту і дозвілля, особливості харчування – певною мірою залежать від людини.

Для психологів-практиків, які надають допомогу постраждалим унаслідок травматизації, найважливішим аспектом проблеми є культура збереження власного здоров'я, ставлення людини до здорового способу життя. Вони шукають причини низької зацікавленості людей своїм здоров'ям, випробовують різні способи підвищення культури конструктивного ставлення до себе, до власного життя як до найбільшої цінності, яку варто всіляко оберігати.

На жаль, ефект поки що невтішний. Стійке зневажливе ставлення до свого тіла, ігнорування його потреб та обмежень в одних людей проявляється досить яскраво, тоді як в інших практично не спостерігається. Деякі імпульсивні, легковажні люди з невисокими прогностичними здібностями роками не звертають увагу на певні тілесні симптоми, ігнорують їх, звикають жити в режимі постійного тілесного дискомфорту, культивуючи шкідливі звички і не замислюючись про майбутнє.

Чимало людей у нашій країні, на жаль, ніколи не цінували і не цінують власне здоров'я. Вони фаталістично сприймають його як щось дароване Богом, батьками, природою, на що ніяк не можна впливати. Вони бездумно витрачають власні ресурси, не дотримуються здорового способу життя, забувають вчасно їсти і відпочивати, дозволяють власним шкідливим звичкам стати чи не єдиним джерелом задоволення. У результаті така руйнівна поведінка призводить не лише до суттєвого погіршення їхнього соціального здоров'я, яке, безсумнівно, страждає, а й поступово стає причиною складних, небезпечних соматичних захворювань.

Представники еволюційної психології вважають, що існують певні базові причини, які пояснюють невисоку ефективність пропаганди здорового способу життя. І головна з них – домінування інстинктивної поведінки над раціональною, культурною. Люди, які не мають культури самоусвідомлення, які керуються інстинктивними потягами у власній поведінці, ігнорують будь-яку інформацію про важливість здорового способу життя і про власні проблеми зі здоров'ям.

Спираючись на розроблений і валідизований О. Л. Луценко та О. Є. Габелковою Тест порушень здорової поведінки (2018), розгляньмо ключові показники таких порушень:

- нехтування безпекою (ігнорування загроз у транспорті, в дорозі, під час користування електроприладами, під час перебування на висоті, нерозбірливість у стосунках з людьми);
- неправильне харчування (схильність до переїдання чи неогрунтованого схуднення, голодування, харчування без режиму, систематичне вживання фаст-фуду);
- потяг до шкідливих речовин, до переживання змінених станів свідомості (куріння, вживання алкоголю, енергетиків, наркотиків);
- гонитва за модним іміджем (інтенсивна засмага, зловживання косметичною медициною, пластичною хірургією, віра в інтернет-поради з приводу здоров'я: вітаміни, біодобавки, засоби народної медицини).

Чи може людина підвищити рівень власного соціального здоров'я? Безумовно, так, хоча це нелегке завдання, що потребує великого бажання і щоденної самодисципліни. Спробуймо розібратися, що саме бажано робити тим, хто в результаті тривалої травматизації нарешті зрозумів значення здорового способу життя і власні помилки. Для тих людей, хто має односторонній погляд у цій сфері, цілком реально зробити всі ці кроки самостійно. Іншим потрібна професійна допомога і велика підтримка близького оточення.

Отже, високий рівень соціального здоров'я передбачає:

- 1) поінформованість, бажання отримувати відповідні знання про здоров'я і спосіб життя, який сприяє його укріпленню, збереженню;
- 2) свідоме ставлення до власного тіла, організму, мозку, розуміння їхніх потреб, ресурсів та обмежень;

3) прийняття на себе повної відповідальності за стан власного здоров'я, його динаміку і перспективи;

4) послідовну боротьбу зі шкідливими звичками, нездоровим способом життя;

5) сприяння власному фізичному і психічному самозбереженню, саморозвитку, самовдосконаленню; виділення на це необхідного часу і коштів;

6) підвищення рівня самоконтролю, емоційної врівноваженості, опір імпульсивним прагненням і спокусам, освоєння конструктивних копінгів замість стрес-провокативної поведінки.

Наведемо важливі для нашої теми результати емпіричного дослідження, проведеного в Україні О. Л. Луценко (2018), які допоможуть читачеві побачити важливі саме для нього нюанси складної боротьби з порушеннями здорової поведінки.

З'ясувалося, що яскраво виражені порушення здорової поведінки свідчать про усталену звичку нехтувати сигналами свого тіла щодо зниження працездатності, рухливості, зникнення внутрішнього комфорту, появи різноманітних вегетативних симптомів (біль, кашель, нудота, задишка). Людина не робить вчасно належних висновків, не посилює турботу про своє тіло, не підвищує фізичну активність, не бореться зі шкідливими потягами. Вона може справляти враження легковажної, веселої, інфантильної, а може бути агресивною і конфліктною. В обох випадках маємо знижений вольовий контроль та нерозвинену здатність до прогнозування.

Що більше людина нехтує здоровою поведінкою, то менший у неї мобілізаційний потенціал, тобто здатність швидко опановувати небезпеку і протягом тривалого часу витримувати високі навантаження. А зниження загальної мобілізаційної енергії призводить до зриву адаптивності і виникнення захворювань. Особливо це стосується молоді.

Дуже важливо розвивати в собі уважність щодо власних відчуттів, які допоможуть зрозуміти і вивчити мову свого тіла. Без вчасної самодіагностики, без моніторингу стану свого здоров'я навряд чи можливо підвищити якість власного життя. Не менш важливо неухильно уникати людей і ситуацій, які провокують нездорову поведінку, толерують зневажливе ставлення до власного життя і здоров'я. Значущим аспектом самовдосконалення в цій сфері є вміння вчасно звертатися по допомогу, довіряти лікарям і виконувати їхні

рекомендації. Цілеспрямованість у підвищенні рівня власного здоров'я, уміння заздалегідь бачити віддалені наслідки власної поведінки, дотримання правил гігієни допоможуть кожному з нас стати здоровішими і поважати себе за досягнуті результати.

Тепер спробуймо з'ясувати специфіку здоров'я психічного (mental health), яке разом зі здоров'ям соціальним є важливою складовою здоров'я загального.

Найбільш конструктивним, на наш погляд, є підхід до психічного здоров'я, який обстоює колишній президент Всесвітньої і Європейської психіатричних асоціацій, директор відділу охорони психічного здоров'я ВООЗ Норман Сарторіус. На його думку, психічне здоров'я передбачає: по-перше, відсутність явних психічних порушень; по-друге, наявність у людини певного резерву сил, завдяки яким вона може долати несподівані, неочікувані стресові ситуації; по-третє, стан рівноваги людини з навколишнім середовищем, суспільством.

Слід підкреслити, що в розумінні психічного здоров'я останнім часом відбуваються важливі зміни. Межі предмета психічного здоров'я розширюються, особливо в Європі та Америці. Щоб побачити динаміку цих змін у США, порівняймо два визначення. Перше прийняте американським Департаментом здоров'я та соціальних послуг у 1999-му, а друге – сформульоване у 2017 р. Відповідно до першого визначення психічне здоров'я розглядалося як стан, що характеризується успішними проявами розумових функцій, продуктивною активністю, стосунками з людьми, здатністю адаптуватися до змін та справлятися з нещастями (Keyes, 2002, р. 208). А в пізнішому, визначенні 2017 року, психічне здоров'я вже поєднує емоційне, психологічне та соціальне благополуччя; воно впливає на те, як ми думаємо, відчуваємо і діємо. Певний його рівень дає змогу визначити, як ми справляємось зі стресами, ставимося до інших людей та робимо вибори.

Як бачимо, у трактуванні психічного здоров'я традиційно очікуваний медико-психіатричний аспект, який певною мірою проглядався наприкінці минулого тисячоліття, тепер зникає зовсім. Ніхто не говорить ані про певні захворювання, ані про відхилення, дисбаланси чи порушення. Визначення стає суто психологічним, і в такому вигляді психічне здоров'я постає майже як синонім здоров'я психологічного.

І все ж із психічним здоров'ям мають справу лікарі-психіатри. Якщо вони фіксують певні ознаки патологічних процесів у психіці людини, то для покращення психічного здоров'я призначають відповідні препарати. Психологічне ж здоров'я перебуває в центрі уваги не лікарів, а психологів, які відстежують загальне зниження якості життя і суб'єктивного задоволення від нього та намагаються поліпшити стан своїх клієнтів без фармакологічних втручань.

Що ж таке здоров'я психологічне? Насамперед це здоров'я не організму, не психіки, не соціуму, а особистості. Хоча і тіло, і психіка, і людське оточення на психологічне здоров'я впливають. Це не відсутність у житті людини складних проблем, що заважають гармонійному життєконструюванню, а радше наявність ресурсу для їх розв'язання. Це здатність знов і знов знаходити себе у великих і малих групах, відчувати підтримку і прийняття з боку професійної, сімейної спільноти, з боку друзів, сусідів, знайомих. Це здатність легко адаптуватися до очікувань соціуму, здатність продуктивно навчатися і працювати. Це впевненість у тому, що життя має певний сенс, а не є просто машинальним функціонуванням чи зароблянням на прожиття. Саме психологічне здоров'я стає фундаментом професійної і сімейної самореалізації, теоретично забезпечуючи високу якість життя та суб'єктивне благополуччя.

Оновлення психологічного здоров'я є підґрунтям для повернення до нормального життєконструювання, а нормальне життєконструювання зовсім не передбачає консервативної стабільності. Ми завмираємо і перестаємо рухатися вперед, коли вичерпано ресурси. У нас немає сили на освоєння чогось нового, коли нам страшно, коли немає підтримки, коли навколишні умови занадто небезпечні.

Нормальна побудова власного життя – це перш за все готовність до змін, це пошуки нового і несподіваного, це повернення втраченої рольової пластичності, здатності інтегруватися в різні соціальні групи. Це прийняття власної оновлюваної, змінюваної ідентичності. Це пошук нових смислів, готовність бачити життєві перспективи, оживляти інтерес до життя як такого. Це бажання усвідомлювати те, що відбувається у власному житті і житті країни, це здатність шукати нові способи поведінки, більш ефективні форми контактування зі світом.

Які саме індикатори психологічно здорової особистості є найважливішими? Щоб знайти відповідь на це запитання, ми проаналі-

зували характеристики здорової особистості, які найчастіше використовуються. Було застосовано метод непрямого контекстуального інтерв'ю. Ми “інтерв'ювали” класиків – авторитетних учених, теорії яких є загальновідомими і наводяться в підручниках, енциклопедіях, словниках. У їхніх концептуальних підходах ми шукали відповідь на запитання “Що таке здорова особистість?”.

Оскільки термін “особистісне, або психологічне, здоров'я” зазвичай використовується відповідно до розуміння природи особистості, ми аналізували в різних авторів такі аспекти їхніх теорій: умови соціалізації, шляхи особистісного зростання, можливості самореалізації і повноцінного функціонування, способи подолання внутрішніх конфліктів і пом'якшення невротичних станів, модули досягнення гармонії тощо.

Загалом було проаналізовано 32 теорії особистості: А. Адлера, Х. Айзенка, А. Бандури, А. Бека, К. Горні, В. Джеймса, Е. Еріксона, П. Жане, Дж. Келлі, Р. Кеттела, Ж. Лакана, К. Левіна, Р. Д. Лейнга, Г. Марселя, А. Маслоу, Г. Меррея, Р. Мея, У. Мішеля, Я. Морено, Г. Оллпорта, Ф. Перлза, В. Райха, К. Роджерса, Дж. Роттера, Г. Саллівена, Б. Скіннера, В. Франкла, З. Фрейда, Е. Фромма, Е. Шпрангера, В. Штерна, К. Г. Юнга. Процедура інтелектуальної фільтрації дала змогу зібрати первинну емпіричну інформацію завдяки фільтрам, роль яких виконували запитання: “Яка особистість для автора є нормальною, збалансованою, гармонійною, зрілою?”, “Які характеристики особистості говорять про відсутність відхилень, невротичних розладів, патологічних станів?”, “Які синоніми для опису здорової особистості використовує автор?”.

Для обробки даних використовувався метод контент-аналізу. Схожі висловлювання різних авторів об'єднувалися в інтегральні одиниці аналізу. Так, в одну смислову одиницю увійшли здатність до саморегуляції, стресостійкість, вміння долати себе, витримувати напруження, самоконтроль, активне вирішення життєвих проблем; в іншу – продуктивність, вміння досягати успіху, самоефективність, оптимальне функціонування. Було отримано 35 інтегральних показників здорової особистості, серед яких деякі траплялися в кожного другого автора, як, наприклад, цілісність чи потреба в самореалізації, а інші згадувалися лише одноразово, як, наприклад, сміливість, віра в себе чи емоційна глибина.

Наступним кроком аналізу було визначення частотності кожного показника і побудова відповідної ієрархії індикаторів психологічного здоров'я особистості. Для подальшого узагальнення даних усі отримані показники було поділено на три групи: соціально-психологічні, індивідуально-психологічні та ціннісно-смыслові. Найбільшою виявилася група індивідуально-психологічних характеристик (21 показник). Другою за кількістю стала група ціннісно-смыслових характеристик (12 показників). Найменшою була третя – соціально-психологічна група (3 показники) – щоправда, у кожному із зарахованих показників поєднувалося чимало схожих понять і перші два мали високу частотність.

У результаті виявилось, що психологічно здорова особистість – це особистість цілісна, самореалізована та самоврегульована. Ці три індикатори є найбільш частотними, ними користується абсолютна більшість авторів. Отже, їх можна вважати ключовими, такими, що становлять ядро здорової особистості. Недостатня вираженість хоча б одного з трьох показників говорить про невисокий рівень психологічного здоров'я, який може бути тимчасовим чи постійним.

Крім того, було виокремлено периферійні індикатори особистісного здоров'я:

- на індивідуально-психологічному рівні – креативність, збалансованість та адаптивність;
- на ціннісно-смысловому рівні – схильність до пошуку нових сенсів, здатність до осмислення досвіду та вміння отримувати задоволення від життя;
- на соціально-психологічному рівні – схильність до співробітництва, здатність співпереживати та почуття відповідальності перед оточенням (Титаренко, 2016).

Якими критеріями підтримання і відновлення психологічного здоров'я особистості, що переживає наслідки тривалої травматизації, мають керуватися психологи-практики? Такі критерії мають відповідати на питання про те, які особистісні структури найбільше страждають в умовах довготривалого стресу, і що робити для відновлення частково втрачених функцій, для того щоб запобігти ускладненням.

Основною функцією здорової особистості є, на нашу думку, здатність активно змінювати власне життя в бажаному напрямі, враховуючи як виклики непередбачуваного і динамічного навколиш-

нього світу, так і внутрішні потенції та інтенції. Відповідно, *базовим критерієм збереження психологічного здоров'я вважатимемо готовність до життєтворення, життєконструювання*. Його складовими будуть допоміжні критерії покращення психологічного здоров'я особистості.

Щоб їх виокремити, розгляньмо найбільш значущі особистісні структури. Це, по-перше, сфера ставлення особистості до самої себе; по-друге, ціннісно-мотиваційна сфера; по-третє, сфера самореалізації і, по-четверте, сфера стосунків з оточенням.

Сфера саморозуміння, самоідентифікації, стосунків особистості із самою собою є найважливішою сферою життя особистості, оскільки саме від неї залежить успішність функціонування всіх інших. Що відбувається з цією сферою в результаті переживання тривалої травматизації? Людина втрачає почуття власної цілісності. Чому? Перш за все тому, що тривалий стрес послаблює, а інколи й розриває зв'язки між я-минулим, я-теперішнім і я-майбутнім.

Крім того, у разі деформації ставлення до себе знижується звичний рівень самоприйняття. Людина бачить, що не витримує життєві випробування, усвідомлює, що її характер виявився не таким сильним, як здавалося, а набутий досвід не допоміг у вирішенні нагальних проблем. Нерідко вона починає себе зневажати, що поглиблює психосоматичну симптоматику. Зростає частота руйнівних аутоагресивних станів із самозвинуваченнями, самовисміюваннями, самоприпиненнями.

Тому першій критерій відновлення психологічного здоров'я – це можливість оновлення власної цілісності і безперервності шляхом реконструкції каузального зв'язку минулого, теперішнього і майбутнього та вибудовування нових життєвих перспектив, це відновлення віри в себе, без якої неможливі ефективна самопідтримка і самодопомога.

За нашими даними, стан тривалої змобілізованості, хронічної незахищеності, невизначеності глибоко діє на мотивацію людини. Гальмуються її актуальні бажання, спрощуються потреби, звужуються інтереси. Наміри, якщо і виникають, не мають потрібної емоційної забарвленості, а отже – і сили, дієвості, а хотіння втрачають інтенсивність. Ціннісна ієрархія також зазнає відчутних змін. Втрачається відчуття взаємозалежності різних етапів життя, трансформу-

ється ставлення до майбутнього як чогось непевного, небезпечного, такого, що здається інколи гіршим за теперішнє. Здатність планувати життя, регламентувати час, стимулювати реалізацію довготривалих цілей – усі ці важливі вміння тимчасово втрачаються. Розгублена, виснажена, дезорієнтована людина починає втрачати цілеспрямованість. Вона, ніби “на автопілоті”, живе сьогоднішнім днем, і кожен такий день стає блідою копією попереднього.

Отже, наступний критерій відновлення психологічного здоров'я – це можливість посилення потребово-мотиваційних, ціннісно-смислових ресурсів особистості, що забезпечують особистісну динаміку, задають горизонти самозмін і є енергетичним джерелом зростання.

Наступна сфера, що потребує реабілітаційних впливів, – це сфера важливої діяльності, самореалізації. Тривала травматизація згубно діє на творчі потенції людини, її продуктивність, самоефективність. Заробити собі і власній сім'ї на життя тією мірою, як це було до війни, не вдається. Займатися улюбленою справою стає все важче. Ентузіазму відчутно меншає, креативні задуми майже не виникають, а якщо і пробуджуються, то реалізувати їх людина навіть не намагається, бо немає ані сил, ані впевненості в собі, ані віри в те, що це має хоч якісь перспективи.

Отже, наступний критерій відновлення психологічного здоров'я – це можливість підтримання продуктивності і самоефективності особистості, оновлення здатності до самореалізації, підвищення креативності у ставленні до власного життя.

Ще одна особистісна сфера, яка відчутно змінюється під час війни, – це ставлення до оточення. У травмованої людини практично завжди виникають нові чи загострюються старі проблеми у стосунках із близькими, колегами, сусідами, друзями. Втрачається толерантність, знижується здатність до прийняття інших з усіма їхніми особливостями. Це врешті-решт призводить до погіршення якості спілкування та співробітництва. Зменшується здатність до співчуття, посилюються егоцентризм, байдужість, інколи конфліктність, агресивність, а інколи виникає бажання взагалі ізолюватися від контактів.

Тому наступний критерій відновлення психологічного здоров'я – це можливість відновлення відповідного рівня емоційного інтелекту і комунікативної компетентності, що передбачає здатність на-

лагоджувати і підтримувати продуктивні, теплі, щирі стосунки з оточенням.

Спираючись на згадані індикатори і критерії здоров'я особистості, ми виокремили основні вектори роботи над собою. Спробуємо розібратися, що робити для підвищення самоприйняття, комунікативної компетентності, самореалізованості і цілісності:

1. *Неправильно* для покращення самоприйняття – знижувати вимогливість до себе, відмовлятися від відповідальності і самодисципліни, культивувати безмежну поблажливість до власних недоліків і помилок.

Правильно для поліпшення самоприйняття – розвивати здатність до самоусвідомлення, до вміння бачити себе очима інших, до рефлексивності.

Мішені внутрішніх зусиль: формування звички до перманентного самопостереження; осмислення власного ставлення до змінюваних життєвих обставин; вчасна увага до внутрішніх суперечностей, які виникають.

2. *Неправильно* для підвищення комунікативної компетентності – збільшувати кількість знайомих, друзів, підвищувати інтенсивність спілкування в реальному житті і в соціальних мережах; відсторонюватися від колег, сусідів, родичів, культивувати в собі ворожі почуття до оточення.

Правильно для досягнення більш високого рівня комунікативної компетентності – працювати над розвитком загального доброзичливого ставлення до оточення, розвивати різноманітні способи взаємодії.

Мішені внутрішніх зусиль: зростання толерантності до інакшості тих, хто поруч, їхньої несхожості на нас, інших цінностей і пріоритетів; розвиток емпатійності, чуйності до переживань тих людей, з ким нас зводить доля; формування поступливості, здатності до компромісів заради взаєморозуміння і співробітництва.

3. *Неправильно* для продуктивної самореалізації – прагнути обов'язково заробляти великі гроші, досягати кар'єрних висот чи безмежної влади.

Правильно для досягнення більш високого рівня реалізованості та самоефективності – прагнути розгорнути внутрішній потенціал, віднайти власне призначення.

Мішені внутрішніх зусиль: активізація уваги до власних зацікавлень, здатностей, обдаровань; розвиток довготривалої мотивації, формування здатності долати перешкоди; щоденна стимуляція креативності, активізація віри у власні сили.

4. *Неправильно* для досягнення особистісної цілісності – хотіти досягнути внутрішньої константності, стабільних умов існування, шукати гарантії передбачуваності.

Правильно для поступу до більшої інтегрованості – приймати свою тимчасову дезінтегрованість; розвивати готовність змінюватися, шукати себе в нових, непростих і незвичних життєвих обставинах; стимулювати власну пластичність, змінюваність, здатність до трансформації.

Мішені внутрішніх зусиль: розвиток здатності бачити взаємовплив власного минулого, теперішнього і майбутнього, формування готовності до ціннісно-сислового оновлення під впливом життєвих несподіванок та робота над життєстійкістю, здатністю сприймати випробування як стимул для зростання.

Часові горизонти мешканців України останнім часом істотно видозмінюються. Для кожного з нас актуальним є непередбачуване теперішнє, наше складне “тут-і-тепер”, тоді як мирне минуле здається чимось примарним, майже сном, так само, як і майбутнє, якого всі так прагнуть і яке називається “коли закінчиться війна”. Тому слід враховувати, що самоідентифікування, освоєння нових комунікативних територій, сенсоутворення великою мірою залежать від того, як особистість тлумачить зміст і значущість того етапу життєвого та історичного шляху, який уже пройдено, який долається сьогодні і який ще попереду.

Ще одне важливе питання: чи можна підтримувати психологічне здоров'я, сприяти його відновленню у людей, що постраждали внаслідок тривалих воєнних дій, не будучи дипломованим психологом або психотерапевтом? Безумовно, якщо не йдеться про складні посттравматичні стани. Якщо в людини вочевидь є симптоми ПТСР, треба обов'язково переконати її в необхідності професійної консультації і допомогти зустрітися із спеціалістом. У будь-якому випадку бажано спиратися на такі ресурси.

По-перше, слід насамперед усіляко активізувати медійні ресурси, вплив яких на загальний стан населення важко переоцінити.

Телебачення, радіо, газети, соціальні мережі мають оперативно і компетентно інформувати різні верстви населення про значущість підтримки, збереження психологічного здоров'я, про шляхи досягнення суб'єктивного благополуччя. Професійні психологи мають з екранів телевізорів навчати населення різноманітних способів самовідновлення, зняття стресу, підвищення адаптивності. Це уможливить подальшу трансляцію набутих знань так званими волонтерами, які також надаватимуть допомогу своїм рідним, близьким, колегам, знайомим. Якщо на державному рівні всерйоз задіяти медіаресурс, можна підготувати велику кількість таких добровільних психологів-волонтерів, що буде сприяти підвищенню психологічної грамотності населення.

По-друге, психологам слід по-новому поглянути на невичерпні ресурси сім'ї і використовувати їх для подолання у людей, що переживають наслідки довготривалої травми, почуття невпевненості в собі, своїх силах, власному майбутньому. Саме сімейне коло допоможе опанувати страх за власне життя і життя близьких, розвинути життєстійкість, опірність стресам. У сім'ї особистість зазвичай отримує такі важливі для оновлення психологічного здоров'я дози гумору, іронії, оптимізму. А оптимісти, як відомо, легше долають перешкоди, тому що вміють зосередитися на локальній проблемі, не перебільшуючи її значення. До того ж вони завжди більш активні і вмотивовані надавати допомогу іншим. Отже, реабілітаційний потенціал сім'ї має бути переосмисленим й активізованим.

І, по-третє, психологам не слід забувати про особистісні ресурси, завдяки яким людина самостійно відновлюється після множинних психічних, фізичних, соціальних, духовних втрат. Ніякі тренінги, консультації, психотерапевтичні сесії не зможуть охопити величезні маси людей, які вже сьогодні потребують реабілітації. Тому так важливо орієнтуватися на способи психогігієни, прийоми самопомоги, які можна використовувати самостійно для підвищення стресостійкості, формування навичок самоопанування, ефективної регуляції складних емоційних станів.

1.3. Соціально-психологічна реабілітація: етапи, технології, техніки

Підготовка до реабілітаційної роботи починається з першої фази, яку називають *фазою знайомства*, мета якої – налагодження контакту з постраждалим. Від тональності цього знайомства, його неформального характеру великою мірою залежить подальший прогрес у реабілітації.

Без атмосфери відкритості, ширості, беззаперечного прийняття і розуміння ніяка психологічна допомога людині, яка переживає наслідки травматизації, не буде успішною. Тому психолог-практик має бути готовим до скептицизму, негативізму, відстороненості, а інколи й до агресії постраждалого, знецінення ним можливостей спеціаліста. Важливо приймати і розуміти спротив травмованої, виснаженої людини будь-яким втручанням, крок за кроком долаючи сумніви, розтоплюючи кригу недовіри.

Слід бути готовим до того, що глибокі, довірчі стосунки виникнуть далеко не відразу. А лише вони допоможуть визначити, що саме найсильніше травмувало людину, яка пережила непрості випробування, дадуть змогу удвох відшукати шляхи повернення до буденного життя. Для живильної атмосфери справжньої довіри зовсім не потрібні добре обладнані кабінети, комп'ютерні діагностики чи складні психотерапевтичні інтервенції. Лише відкритий діалог, терпіння, розуміння, співчуття допоможуть у співпраці відшукати ефективні саме для цієї людини слова емоційної підтримки і форми допомоги.

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

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

- з одного боку, людина завжди хоче, щоб її зрозуміли, а з другого – боїться, що це насправді неможливо, бо таке, як їй здається, важко зрозуміти взагалі;

- з одного боку, людина прагне поділитися із психологом своїми найпотаємнішими страхами (немічності, безпорадності, близької смерті), а з другого, вона не знає, як замаскувати свій страх;

- з одного боку, людина дуже сподівається, що терапевт якимось чудом допоможе їй поновити втрачену довіру в стосунках із членами сім'ї, колегами, близькими друзями, а з другого – не хоче ділитися найбільш болючим, втратою взаєморозуміння;

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

Після знайомства і досягнення довіри в стосунках третьою фазою стає *первинна діагностика*. Не варто пропонувати клієнту, з яким вдалося налагодити довірчі стосунки, будь-які стандартизовані методики, батареї тестів. Головний діагностичний інструмент для спеціаліста, налаштованого на реабілітацію, – це невимушена розмова, бесіда. За наявності досвіду навіть короткий обмін репліками в коридорі дає психологу цінний матеріал щодо переживань людини, її готовності працювати над собою, віри в майбутнє.

Розгляньмо аспекти діагностики, знання яких надалі могло б дуже допомогти обрати максимально ефективні для цієї конкретної людини реабілітаційні техніки. Слід насамперед визначити:

- актуальний стан, у якому перебуває травмована людина на момент звернення до спеціаліста (пригніченість, страхи, роздратованість, виснаженість, відстороненість тощо);

- характер травмування, його особливості, тривалість, давність;

- попередні травми, які були протягом життя, їхній характер, тривалість, наслідки;

- способи подолання кризових, екстремальних ситуацій, які виникали раніше;

- наявність чи брак мотивації до відновлення, готовності до змін у власному житті;

- імовірність отримання підтримки з боку сім'ї, друзів, близького оточення.

У результаті діагностичних інтервенцій психолог має зрозуміти, з якою саме особистістю він матиме справу, які в неї сильні і

слабкі сторони, на які риси її характеру бажано спиратися, які внутрішні ресурси підсилувати.

Четверта фаза підготовки до реабілітації після знайомства та первинної діагностики – це *забезпечення групи підтримки* для людини, з якою працює психолог. Має бути переосмислений і максимально активізований реабілітаційний потенціал сім'ї, бо саме в сім'ї особистість отримує такі важливі для оновлення її психологічного здоров'я дози уваги, прийняття, оптимізму. Родичі якнайкраще впливають на інтенсифікацію згаслої комунікативної активності людини, що переживає наслідки тривалої травматизації.

Готувим до співробітництва родичам і друзям постраждалих необхідно пояснювати, що саме їхнє терпіння, розуміння, тактовність, готовність бути поруч є найкращим засобом лікування і реабілітації. Саме так у людини відновлюються сили, з'являється віра в себе, відбувається переосмислення травматичного досвіду, його не лише руйнівних, а й конструктивних наслідків. У такий спосіб до людини повертається втрачене здоров'я.

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

Що таке соціально-психологічна реабілітація? Яку мету вона перед собою ставить?

Реабілітація не зупиняється лише на реадаптації, на поверненні людини до колишнього життя, яке було в неї до травматизації. Хоча з боку постраждалого саме такими є головні очікування. Для спеціаліста надметою стає активізація здатності життєтворення, тобто здатності самостійно керувати власним життям, перебудовувати його, реалізовувати оновлені проекти власного майбутнього в сімейній, особистій, професійній сферах. Творче ставлення особистості до власного життя передбачає відновлення бажання самотрансформацій, готовності до несподіванок, до зміни ціннісних орієнтацій, характеру діяльності, поля спілкування, форм самореалізації.

Згадаймо індикатори психологічного здоров'я особистості. Саме на них базується розроблення технологій реабілітації, які мають діяти синхронно в чотирьох напрямках (персонально-інструментально-просторово-часовому). Ці напрями мають підсилу-

вати один одного і в такий спосіб сприяти відновленню психологічного здоров'я особистості (рис. 1.1). *Персональний* напрям має бути спрямований на відновлення частково втраченої цілісності особистості, її збалансованості, самоврегульованості; *інструментальний* – на відновлення зниженої самоефективності особистості, її здатності самореалізуватися в різних видах діяльності; *просторовий* – на підвищення комунікативної компетентності особистості, налагодження стосунків, подолання почуття відчуження від оточення, конструктивне розв'язання конфліктів; *часовий* – на ціннісно-смыслову сферу особистості, переоцінку цінностей, активізацію пошуку нових життєвих орієнтирів, нових сенсів.

Взаємопідсилення технологій реабілітації

Розгортання кожної технології у персонально-інструментально-просторово-часовому напрямках

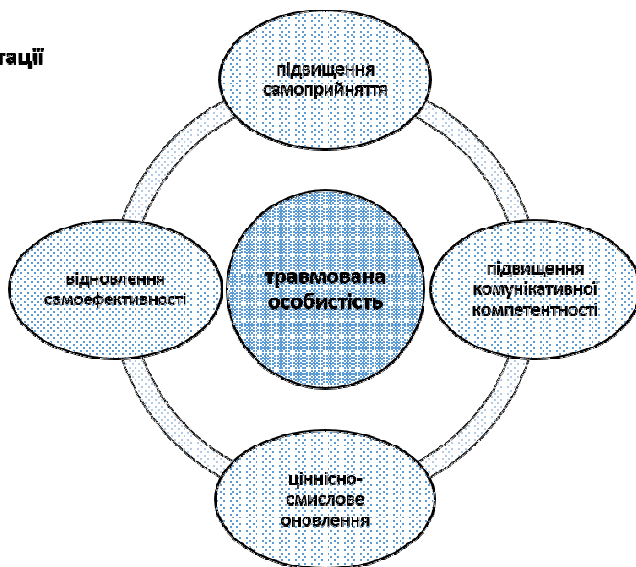


Рис. 1.1. Взаємовплив технологій реабілітації особистості

Що таке реабілітаційні технології? Слово “технологія” можна перекласти з грецької як “наука про майстерність”. У сьогоdnішньому розумінні технологією є знання про певні методи, їх застосування та вдосконалення. Реабілітаційними технологіями є способи покращення

щення стану людини. Високими технологіями називають найсучасніші наукоємні технології, що базуються на найновіших наукових досягненнях.

У чому особливість соціально-психологічних технологій реабілітації особистості? Це сукупність технік, інтервенцій, процедур, що використовуються для підтримання і відновлення психологічного здоров'я особистості.

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

Процес соціально-психологічного відновлення особистості можна розділити на такі етапи: підготовчий, базисний та завершальний (підтримувальний). На кожному етапі доцільно використовувати певні реабілітаційні технології, що складаються з відповідних технік. Лише органічне поєднання процедурних, технічних моментів реабілітації та ціннісно-смыслових аспектів підтримання й відновлення психологічного здоров'я особистості забезпечує послідовне, успішне проходження кожного з етапів.

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

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

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

Розгляньмо кожну технологію окремо, зосереджуючись на психологічних техніках, які забезпечують її ефективність. Крім запропонованих, кожен практичний психолог, безумовно, може напрацьовувати власні техніки, спираючись на власний досвід та орієнтуючись на індивідуальні особливості клієнта.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

техніка реалістичного оцінювання власних обмежень, що передбачає врахування наявного ресурсу, ймовірних перешкод на шляху

ху вирішення завдань, індивідуально-психологічних, вікових, фінансових та інших особливостей власного статусу;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

техніку об'єднання життєвих подій у гармонійну композицію, суть якої полягає в порівнянні версій Я-чуттєвого і Я-рефлексивного,

зниженні інтенсивності негативних переживань, новому погляді на власні можливості, якості, вміння;

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

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

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

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

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

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

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

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

Природна та фізична реабілітація має великий потенціал для відновлення після травматизації, оскільки створює умови для інтимної і глибокої взаємодії людини із собою, активізує внутрішні ресурси, сприяє зниженню тривожності, поліпшенню сну, появі бадьорості.

Копенгагенські психологи, які досліджували вплив природних умов на ветеранів, що повертаються з війни, довели, що постраждалі

сприймають природу як місце, де вони почуваються в безпеці, де відбуваються конструктивні зміни в життєдіяльності. Важливо, що навіть через рік після дослідження його колишні учасники продовжували використовувати природу для самовідновлення (Everything just..., 2016).

Підкреслимо, що взаємодія з природою та фізична активність справляють більш потужний вплив на реабілітаційний потенціал людей, які сильно постраждали від травми, порівняно з тими, хто постраждав не так відчутно. Як припускають, реабілітаційний ефект природи пов'язаний з її здатністю бути збагачувальним середовищем для людини, що приводить до нової орієнтації у світі, сприяє появі нових способів бачення себе і своїх ресурсів (Ottosson, Grahn, 2008).

У яких формах роботи доцільно практично використовувати відповідні технології і техніки? Такі форми можуть бути дуже різноманітними, наприклад, щотижнева індивідуальна або групова робота, кількадевні сесії, тематичні майстер-класи тощо.

Якісні реабілітаційні послуги мають надаватися професійно компетентними спеціалістами, бути достатньо тривалими, а головне – доступними для постраждалих незалежно від місця їхнього проживання (мегаполіс, райцентр чи село) та платоспроможності. Участь у соціально-психологічній реабілітації мають брати спеціалісти різного профілю, адже проблема травми війни є складною і комплексною. Тому потрібно об'єднувати зусилля практичних, клінічних, військових психологів, лікарів, соціальних працівників, реабілітологів, працівників медіа, волонтерів, громадських активістів і багатьох інших. Ефективність психологічної допомоги підвищується, коли психолог співпрацює із спеціалістами різних спрямувань. Роль психологів на перших етапах командної роботи полягає в демістифікації складностей, що їх переживає травмована людина, у посиленні віри в себе, визначенні пріоритетних потреб.

Психологам не слід відмовлятися від так званої терапії на ходу (therapy by walking around), у коридорах і холах реабілітаційного центру. Така робота за значенням не поступається повноцінним психотерапевтичним інтерв'ю за зачиненими дверима кабінетів, адже вона допомагає знизити тривогу, зняти зайве напруження, стимулює до участі в групах “рівний – рівному”. Важливо, щоб травмована людина сама усвідомила, чого вона хоче від спеціалістів, на яку до-

помогу очікує. Якщо людина потрапляє до стаціонару, психолог має допомогти їй акліматизуватися в нових умовах.

Індивідуальну та групову реабілітаційну роботу під орудою психолога-консультанта бажано продовжувати у так званих групах взаємодопомоги. Такі групи сприяють прийняттю нових життєвих обставин, з якими тепер треба буде жити, і соціальних очікувань, яким треба відповідати. У групі швидше відбувається примирення з тимчасовими обмеженнями, які накладає на повсякденне життя пережита травма, оскільки взаємний досвід тих, хто має спільну долю, підтримує і заспокоює.

Організуючи групову роботу і комплектуючи групи, завжди бажано враховувати мотивацію учасників. Той, хто позитивно налаштований щодо реабілітаційних впливів, має отримувати першочергове право бути включеним до складу групи. Адже пізніше саме такі люди стають волонтерами, що активно допомагають психологам у роботі з постраждалими, які не вірять у можливість відновлення. Волонтерам нерідко вдається залучити своїх бойових побратимів до системної роботи з подолання наслідків травматизації.

Учасники груп “рівний–рівному”, які за власним бажанням проходять спеціальні тренінги та демонструють мотивацію, майстерність, бажання допомагати товаришам, стають так званими пір-спеціалістами. У результаті спеціального навчання вони виконують роль консультантів чи беруть участь у психологічному супроводі новачків. Пір-спеціалісти допомагають ветеранам розвивати здатність робити зважений незалежний вибір, ставити перед собою адекватні цілі, приймати життєві рішення, розв’язувати проблеми, виходити з конфліктних ситуацій, справлятися з повсякденними стресами.

Група завжди сприяє пошуку нових сфер самоздійснення, професійної та особистісної самореалізації. Групова реабілітаційна робота заохочує розповіді про успіхи і позитивні якості тих, хто не пасивно страждає, а активно діє, сміливо і рішуче змінюючи своє життя. Можливість почути про чийсь вдалі спроби знайти себе на ринку праці, заробити достойні гроші сприяє поступовому послабленню почуття жертви обставин.

Для людини, що гостро переживає самотність, відстороненість від оточення, нерозуміння з боку близьких, саме група однодумців протягом певного часу залишається чи не єдиним середовищем, де її

розуміють, підтримують і приймають. Члени групи завжди знаходять у собі сили для конкретної допомоги іншим, і така запитаність, відчуття потрібності тим, кому ще гірше, дуже налаштовують на повернення віри в себе.

Невичерпним джерелом соціального капіталу, без якого відновлення психологічного здоров'я стає досить проблематичним, крім груп само- і взаємодопомоги, стають громадські об'єднання, громадські організації, численні угруповання та асоціації, яких стає останнім часом усе більше в нашій країні. Психологи доводять, що на благополуччя, здоров'я і довголіття суттєво впливають доброзичливі емоції, які люди переживають одне щодо одного, та поведінка, спрямована на допомогу іншим. Наявність друзів, членство в клубах і товариствах, спільне проживання, сімейне коло позитивно впливають на відновлення психологічного благополуччя людини.

Ефективною в соціально-психологічній реабілітації є і так звана непряма психологічна допомога постраждалим. Спеціалісти, безпосередньо не працюючи із самою постраждалою людиною, звертаються насамперед до її оточення, що сприяє поступовим модифікаціям домашнього, професійного, дозвіллевого середовища. Наприклад, досить ефективно працювати з тими членами сім'ї постраждалого, які розуміють значущість коректної підтримки рідної людини. Це може бути мати комбатанта, його брат, сестра, дружина, близький друг. У такий спосіб вдається підготувати людину до розуміння необхідності брати активну участь у спільній праці для досягнення стійкого успіху.

Висновки до розділу

Психологічно здорова, благополучна особистість є цілісною, самореалізованою та самоврегульованою. На індивідуально-психологічному рівні вона характеризується креативністю, збалансованістю та адаптивністю; на ціннісно-смисловому рівні має схильність до пошуку нових сенсів, осмислення досвіду та здатність отримувати задоволення від життя; на соціально-психологічному рівні схильна до співробітництва, здатна співпереживати та відчуває відповідальність перед соціумом.

Векторами психологічної допомоги, з яких складається модель соціально-психологічної реабілітації травмованої особистості, є робота, спрямована на досягнення стійкого самоприйняття, підвищення рівня комунікативної компетентності, відновлення самоефективності та ціннісно-сислової цілісності.

Основні індикатори психологічно здорової особистості, що становлять її ядро, – це насамперед цілісність, потреба в самореалізації та здатність до саморегуляції. Допоміжні периферійні характеристики, наближені до ядра, на індивідуально-психологічному рівні – креативність, гармонійність, адаптивність; на ціннісно-сисловому – схильність до сенсоутворення, осмислення досвіду та здатність отримувати задоволення від життя; на соціально-психологічному – схильність до співробітництва, здатність до співпереживання та довіра до світу.

Серед критеріїв відновлення психологічного здоров'я людей, що переживають наслідки довготривалої травматизації, слід виділити 1) можливість оновлення особистісної цілісності і безперервності, віри в себе, здатності самопідтримки і самопомоги; 2) можливість посилення потребово-мотиваційних, ціннісно-сислових ресурсів особистості як джерела самозмін; 3) можливість підвищення самоефективності особистості, її здатності до самореалізації; 4) можливість відновлення здатності підтримувати конструктивні стосунки з оточенням.

Специфіка соціально-психологічної реабілітації полягає в її спрямованості на активізацію життєтворення особистості, що постраждала внаслідок травмування. Реабілітація сприяє відновленню бажання самотрансформацій, здатності до проектування майбутнього життя та втілення цих проектів у різних сферах життєдіяльності.

Соціально-психологічні технології реабілітації особистості – це спрямовані на відповідні мішені комплексні впливи, що забезпечують збереження і відновлення особистісної цілісності, збалансованості, здатності до саморегуляції, самоефективності, комунікативної компетентності, активізації сенсопородження.

Технології охоплюють сукупність інтервенцій, що використовуються для підтримання і відновлення здатності особистості до життєтворення, і розгортаються в чотиривекторній – персонально-інструментально-просторово-часовій – площині. Процес соціально-психологічного відновлення складається з трьох етапів: підготовчо-

го, базисного і підтримувального. На *підготовчому* етапі використовуються технологія посилення мотивації щодо самозмін, технологія конструювання ефективних мотиваторів та технологія активізації сліпих зон уваги; на *базисному* – технологія проектування майбутнього за допомогою життєвих виборів, технологія апробацій оновлених проектів за допомогою постановки життєвих завдань та технологія реалізації поставлених завдань за допомогою все більш успішного практикування; на *підтримувальному* етапі, який водночас виконує функцію профілактичного, – технологія переінтерпретації та інтеграції травматичних спогадів у загальний досвід особистості, технологія вироблення нового ставлення до травми як до ресурсу та технологія опосередкованого впливу на особистість шляхом організації більш екологічного середовища життєдіяльності.

Практичні завдання

Щоб засвоїти і використовувати ефективні стратегії подолання наслідків травматичних подій:

- спробуйте щоденно переоцінювати будь-яку складну чи неприсмну побутову ситуацію якомога більш позитивно; найкраще робити це ввечері у письмовій формі;
- стимулюйте власне бачення пережитого в найрізноманітніших контекстах (наприклад, як би Ви цю проблему сприйняли через 5, 10, 15 років; очима людини іншої статі, мешканця іншої країни);
- активізуйте переосмислення власних можливостей, пов'язаних з травмою, та різних виходів із ситуації, що склалася, – від найбільш негативних до найбільш позитивних;
- послідовно розвивайте вміння акцентувати увагу на світлій стороні речей, на оптимістичному погляді на світ.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ОСОБИСТОСТІ, ЯКА ПЕРЕЖИЛА ТРАВМУ

2.1. Світовий досвід організації психосоціальної підтримки після травматичних подій

Тема переживання травми та подолання її психологічних наслідків найчастіше асоціюється з війною, катастрофою, стихійним лихом. Однак нам слід пам'ятати, що це також стосується нашого повсякденного життя. Так, за даними Національної поліції, в Україні протягом 2017 р. зареєстровано 1551 умисне вбивство, 2024 випадки тяжких тілесних ушкоджень, 17701 грабіж, 2903 розбійних напади, 245 зґвалтувань, зареєстровано 367 потерпілих від торгівлі людьми (Річні звіти, 2017). Щодооби протягом 2017 р. травмувалося внаслідок ДТП у середньому 90 осіб (Дорожньо-транспортні пригоди..., 2017). За даними ДСНС України, протягом 2017 р. сталося 166 надзвичайних ситуацій, від невинного травматизму постраждало 1 млн 673 тис. 567 осіб (з них 341 058 – діти до 14 років) (Інформаційно-аналітична довідка..., 2017). З огляду на те, що близько 20 % потерпілих мають ризик розвитку ПТСР унаслідок переживання травми (усереднені світові дані), то навіть якби частина цих травм і не мала загрозливого для життя характеру, щонайменше від 167 356 до 334 712 осіб повинні були б мати симптоми ПТСР лише за 2017 р. (і це якщо брати до уваги лише цей розлад і не враховувати депресії, тривожні розлади та інші психологічні ускладнення, які не потрапляють до категорії розладів, але істотно впливають на добробут людини).

Разом з тим війна робить свій трагічний внесок у травматизацію українців. Так, за даними Міністерства соціальної політики, станом на 5 лютого 2018 р. в Україні зареєстровано 1 493 057 вимушених переселенців (Обліковано..., 2018). За даними Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції, станом на 31 липня 2018 р. статус учасника бойових дій надано 344 228 особам (Інформація..., 2018). Інформаційна війна так само робить свій внесок, але вже на іншому рівні – на рівні придушення надії на життя і розвиток, підсилення депресивних тенденцій та песимізму щодо майбутнього, радикалізації поглядів та підштовхування до деструктивних сценаріїв. Тому край потрібні необхідні активні і, головне, синхронізовані зусилля всіх, хто так чи так причетний до психосоціальної підтримки осіб, які пережили травму. Ідеться як про міжвідомчу взаємодію на державному рівні, так і про міжвідомчу, міждисциплінарну, міжорганізаційну і навіть міжособову координацію на рівні спільнот та організацій.

Як світовий досвід може допомогти нам у розбудові такої роботи? Передусім варто звернути увагу на внесок Міжвідомчого постійного комітету, який було створено 1992 р. Він є форумом для координації, розвитку політики та ухвалення рішень щодо надзвичайних ситуацій і об'єднує ключових партнерів по проведенню гуманітарних операцій з ООН і не-ООН. Багаторічні результати роботи Комітету щодо психосоціальної підтримки та підтримки психічного здоров'я знайшли відображення в інструкції із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації (Керівництво МПК..., 2017а). У цьому документі обстоюється ідея “мінімального мультисекторного реагування”. Ідеться про першочергові обов'язкові заходи, суттєві перші кроки, які закладають основу для подальших комплексних дій (у т. ч. на стадії стабілізації та/або раннього відновлення). Така система перших кроків – це створення ключової точки, у якій розпочинається взаємодія основних надавачів допомоги й підтримки і в якій їхні дії набуватимуть скоординованого і несуперечливого характеру.

Зрозуміло, для того щоб система виникла, потрібний етап підготовки, етап “до” надзвичайної ситуації, коли всі розробляють необхідні інструкції взаємодії, вчать володіти інструментами реагування і тренуються координувати дії. І, звісно, система перших кроків – це лише початкова точка, на основі якої створюється підґрунтя

для подальшого розгортання дій з підтримки, соціальної та психологічної допомоги, лікування тощо. Отже, у центрі уваги опиняється допомога суб'єктам реагування в оволодінні стратегією планування, упровадження та координації системи перших кроків задля захисту і покращення психічного здоров'я та психосоціального благополуччя населення, що опинилося в епіцентрі надзвичайної ситуації (Керівництво МПК..., 2017а, с. 16). Важливо, утім, підкреслити, що запропонована система перших кроків не буде працювати, якщо її спробує впроваджувати певна організація, виконавець проекту чи окрема особа. Для її реалізації потрібна взаємодія між максимально можливою кількістю суб'єктів реагування.

Як центральний компонент допомоги пропонується “матриця інтервенцій”. Матриця містить такі компоненти: 1) готовність до надзвичайної ситуації, 2) мінімальне реагування та 3) комплексне реагування. Крім того, у матриці визначаються такі функції та напрямки діяльності: координування, моніторинг та оцінка, захист прав людини, людські ресурси, мобілізація громади та її підтримка, послуги з охорони здоров'я, освіта, поширення інформації, продовольча безпека та харчування, тимчасове житло та планування поселення, водопостачання та санзабезпечення.

Кожна з функцій і напрямків *мінімального реагування* в “матриці інтервенцій” містить перелік заходів, які слід здійснити, а кожен захід супроводжується деталізованим *планом дій*, що становить окремий розділ. Для випадків, коли немає можливості ознайомитися з повною версією цього керівництва, розроблено його скорочену версію “Перелік контрольних показників для використання на місцях” (Керівництво МПК..., 2017б).

Результати міжнародного досвіду застосування цього документа відображено в кількох систематичних оглядах. На основі їх аналізу можна виокремити такі ключові моменти, які мають бути враховані в процесі організації системи психосоціальної підтримки:

- варто зосереджуватися на цілях ширших, ніж ПТСР або окремі психічні розлади, але при цьому пам'ятати про важливість підтримки людей, що мають ті чи ті психічні розлади;
- організовуючи роботу, слід подбати про забезпечення взаємодії практиків та науковців і від початку закладати систему моніторингу та оцінювання результатів;

- важливо адаптувати систему та інструменти підтримки до локального контексту;
- щоб забезпечити стійкість і надійність системи підтримки, бажано імплементувати її в освіту, систему підвищення кваліфікації та відповідні соціальні структури;
- потрібно цілеспрямовано виділяти кошти на підтримку та розвиток систем психосоціальної підтримки;
- слід постійно дбати про навчання фахівців на рівні громад, і не лише фахівців із психічного здоров'я, але й з інших сфер (Tol, Kohrt, Jordans, 2011; The impact..., 2017).

Розгляньмо відтак Програму Всесвітньої організації здоров'я (Mental Health Gap Action Program – mhGAP Intervention Guide 2.0), передусім ті її аспекти, які мають першочергове значення для сьогоденної ситуації в Україні. Основна мета Програми – сприяння країнам з низьким та середнім рівнем доходу в розвитку системи піклування про осіб із психічними, неврологічними розладами та залежністю від психоактивних речовин. Основна ідея полягає в тому, що піклування про психічне здоров'я людей слід максимально наблизити від централізованих психіатричних клінік до місця проживання та роботи людини, як мінімум – на рівень первинної ланки (сімейні лікарі, терапевти, педіатри). Основний зміст програми – інтегровані пакети інтервенцій для роботи з найпоширенішими розладами психічного здоров'я.

Щоб полегшити роботу з Програмою, створено мобільний застосунок e-mhGAP. Його мета – підтримка фахівців, яким доводиться приймати клінічні рішення щодо психічного здоров'я пацієнтів. Цей застосунок призначений для тих фахівців, які не мають спеціалізації у сфері психічного здоров'я, але він також може стати в пригоді й іншим користувачам (психологам, соціальним працівникам та медичним сестрам тощо). Крім того, корисним може бути і спеціально створений тренінговий пакет, призначений для підготовки тренерів і супервізорів, які також можуть проводити навчання і супервізію для неспеціалістів у сфері психічного здоров'я (MhGAP Training Manuals..., 2017).

Власне, для роботи в надзвичайних ситуаціях створено адаптований посібник з надання допомоги під час гуманітарних надзвичайних станів (World Health Organization..., 2015). У ньому розгляда-

ється дещо менша кількість розладів, а особливий акцент робиться на переживанні стресу і травми. Водночас практичні психологи знайдуть у ньому інструкції та алгоритми, що полегшать їхню роботу в надзвичайних ситуаціях.

Застосування Програми засвідчило, що вона має високу ефективність з погляду менеджменту розладів психічного здоров'я, вже успішно використовується у 90 країнах й однаково схвально сприймається як фахівцями-практиками, так і освітянами, науковцями та урядовцями (передусім завдяки її економічній ефективності) (WHO Mental Health..., 2018).

2.2. Організація психосоціальної підтримки в надзвичайній ситуації та одразу після неї

Перша психологічна допомога (ППД)

Безпосередньо для організації психосоціальної підтримки використовують *Програму першої психологічної допомоги* (Psychological First Aid), розроблену Національною мережею дитячого травматичного стресу США та Національним ПТСР-Центром США. Програма під назвою “Перша психологічна допомога” доступна українською мовою в повній (2015) та скороченій (2017) версіях.

Перша психологічна допомога – це не просто розмова з потерпілим та спроба запевнити його в тому, що все гаразд. І це не глибокі психотерапевтичні інтервенції, які здійснюються пізніше на регулярній основі в безпечній ситуації. Перша психологічна допомога передбачає структурований, модульний підхід до надання допомоги всім, хто зіткнувся з безпосередніми наслідками катастрофи, тероризму, іншої надзвичайної ситуації. Мета її – якомога швидше послабити дію дистресу та надати підтримку потерпілій людині, сприяти формуванню стратегій її подальшого функціонування та копінгю.

Базована на наукових дослідженнях, перша психологічна допомога призначена для використання в польових умовах, придатна для роботи з людьми різного віку та стану, для адаптації до різних культурних умов. В її основі лежать наукові дані про те, що проблеми психічного здоров'я і тривалі труднощі, пов'язані з його відновленням, виникають загалом у не дуже великої кількості осіб, які пе-

режили травму. Більшість людей переживають при цьому досить широкий спектр реакцій, які є цілком релевантними ситуації. Разом з тим труднощі можуть часом перевищити адаптивні можливості людини, і саме тоді потрібна перша психологічна допомога, яка допоможе потерпілому осмислити та прийняти свої реакції.

Перша психологічна допомога розроблена таким чином, щоб основні її принципи досить швидко могли опанувати всі ті, хто може бути задіяний у наданні допомоги під час надзвичайної ситуації. Це працівники ДСНС, Національної поліції, медики, психологи, представники різних релігійних конфесій, громадських організацій та служб, волонтери тощо.

Полегшити надання першої допомоги може, зокрема, спеціально створений мобільний застосунок, який структурує ключові активності і допомагає вести облік роботи. Застосунок перекладено в тому числі й українською мовою (Google Play Market). Більше інформації про мобільні застосунки наведено в розділі 5 цього посібника.

Щоб перша психологічна допомога була ефективною, необхідно постійно підтримувати високий рівень готовності всіх служб, адже ефективне реагування на надзвичайні ситуації вимагає чіткої координації роботи різних структур та органів. Не слід долучатися до роботи з надання першої допомоги без погодження із структурою, яка вже діє, оскільки це може бути навіть небезпечно. Бажано дізнатися, хто вже розпочав свої дії “в полі”, до кого можна приєднатися. Важливо відразу з’ясувати, що і де трапилося, хто постраждав, хто надає базові послуги, хто ще долучився до допомоги. Треба також з’ясувати, чи закінчилася криза, а чи вона триває; розібратися, де саме небезпечні місця.

Ключові принципи надання першої психологічної допомоги:

Дивитися:

- аналізувати стан безпеки;
- виявляти осіб з очевидними нагальними базовими потребами;
- виявляти осіб у стані важкого дистресу.

Слухати:

- звертатися до осіб, яким може бути потрібна підтримка;
- розпитувати про потреби особи, причини її занепокоєння;
- вислуховувати людей і допомагати їм заспокоїтися.

Направляти:

- допомагати людям задовольнити їхні базові потреби та отримати доступ до послуг;
- допомагати потерпілим впоратися з проблемами;
- надавати їм інформацію;
- допомагати людям зв'язатися з їхніми близькими та отримати соціальну підтримку (Перша психологічна допомога, 2017, с. 24).

Розгляньмо *основні вісім дій*, які слід здійснити послідовно або адаптуючи їх до реальної ситуації:

1. Контакт і залучення. Мета: відповідати на контакти, ініційовані потерпілими, або ж ініціювати контакти в ненав'язливий, співчутливий, підтримувальний спосіб.

2. Безпека і комфорт. Мета: гарантувати безпосередню та постійну безпеку, забезпечити фізичний та емоційний комфорт.

3. Стабілізація (якщо потрібно). Мета: заспокоїти та зорієнтувати емоційно перевантажених і дезорієнтованих потерпілих.

4. Збирання інформації. Мета: визначити нагальні потреби та проблеми, зібрати додаткову інформацію та надати першу психологічну допомогу.

5. Практична допомога. Мета: запропонувати допомогу потерпілим, щоб задовольнити їхні нагальні потреби та розв'язати невідкладні проблеми.

6. Зв'язок із соціальною підтримкою. Мета: допомогти налагодити короткотривалі або постійні контакти з людьми, центрами підтримки, які можуть надати допомогу, а також із членами сім'ї, друзями чи спільнотами.

7. Інформація про стратегії подолання стресу. Мета: надати інформацію про стресові реакції, способи зменшення дистресу та підвищення адаптивного функціонування.

8. Взаємодія із суміжними службами. Мета: допомогти потерпілим налагодити зв'язок із доступними службами, які потрібні в даний момент або стануть потрібними в майбутньому (Перша психологічна допомога, 2015).

Особливу увагу слід звернути на вразливих осіб, які потребують додаткової допомоги: дітей і підлітків, осіб із хронічними захворюваннями та інвалідністю, осіб, які мають підвищений ризик дискримінації чи насильства.

Один із компонентів програми – це піклування про власний психічний стан тих, хто надає допомогу: увага до власного навантаження, дотримання режиму харчування та сну, наявність колег поруч для обговорення складнощів. Одна з рекомендацій – працювати в парі і відстежувати стан одне одного.

Перша духовна допомога (ПДД)

У Програмі першої психологічної допомоги зазначається, що для багатьох осіб важливою є духовна підтримка, яку можуть надавати як представники різних конфесій, так і особи, спеціально навчені цього. Наразі Програма першої духовної допомоги (Spiritual First Aid) проходить кроскультурну адаптацію, у т. ч. й в Україні, і невдовзі буде доступна її оновлена міжнародна версія.

Основна мета першої духовної допомоги – стабілізувати самопочуття людини в кризовому стані, убезпечити її від подальшого можливого погіршення складного стану та деструктивних дій. Додаткова мета – допомогти людині опанувати її ресурси, у т. ч. духовні, а також ресурси релігійної спільноти. По суті, перша духовна допомога фасилітує психологічний копінг та стабілізацію людини через духовно орієнтовану підтримку та відповідні стратегії.

Ключові дії, які пропонуються в межах першої духовної допомоги, – оцінка, присутність, ідентифікація та активація ресурсів, планування, скеровування, відстеження. Розгляньмо їх докладніше.

Оцінка. Ідеться про загальну оцінку ресурсів особи, причому особливу увагу звертають на її здатність вирішувати проблеми, навички самоменеджменту, вміння фокусуватися на інших, наявність надії. Важливе значення має оцінка духовних ресурсів: інтраперсональних (практики, якими людина користується: молитви, медитації, читання текстів тощо), інтерперсональних (наявність осіб, які можуть допомогти в цьому), спільнотних (наявність спільноти, в якій можливе відновлення духовних ресурсів). Також оцінюється потреба в скеровуванні для задоволення інших потреб – фізичних, медичних, психологічних тощо.

Присутність. Після активних дій люди, які пережили травму, зазвичай потребують, щоб хтось був поруч. Ідеться про практику *буття поруч*, в основі якої лежить не пасивність, а активне емпатійне слухання, фокусування на досвіді особи.

Ідентифікація та активація ресурсів. Цей компонент передбачає свого роду зворотний зв'язок, “повернення” особі результатів попередньої оцінки її ресурсів, щоб таким чином допомогти їй самій їх ідентифікувати та активувати.

Планування. Коли ресурси ідентифіковано, важливо правильно їх використати. Слід разом з постраждалими розробити практичний і простий план їх задіяння, бажано з часовими межами та можливістю відстеження результатів.

Скеровування. За необхідності здійснюється переадресація людини до інших служб, сервісів, що дає змогу задовольнити її нагальні потреби.

Відстеження. Це важливий компонент, який дає змогу перевірити результат скеровування та задіяння ресурсів. У разі позитивного результату ви зможете переконатися в ефективності своїх дій, а в разі негативного – зможете з'ясувати, що слід зробити, аби план спрацював і особа отримала необхідну допомогу.

Огляд результатів дослідження зв'язків між духовними практиками та добробутом людей після переживання травматичних подій показує наявність тісних кореляцій і підтверджує роль релігії та духовності в процесах відновлення (Spiritually oriented..., 2014).

2.3. Психосоціальна підтримка осіб, які мають психічні розлади, пов'язані зі стресом і травмою

Коли йдеться про допомогу особам, які внаслідок переживання травми дістали розлад психічного здоров'я (найчастіше це посттравматичний стресовий розлад), то найбільш ефективними є травма-фокусовані інтервенції, що ґрунтуються на експозиції щодо травматичних спогадів. Це передусім *травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія*, а також *десенсибілізація та репроцесуалізація за допомогою руху очей* (Post-Traumatic Stress Disorder..., 2016).

Така психотерапевтична допомога надається у вигляді щотижневих коротких сесій, тривалістю від 45 до 90 хвилин, кількість яких є обмеженою і залежить від важкості стану. Отож йдеться передусім про допомогу, яка надається в місці, наближеному до району проживання чи роботи постраждалих, практично без відриву від основного

виду діяльності. Звісно, психотерапевтична допомога може надаватися і в стаціонарних умовах, але з погляду доступності, стигми, можливості охопити широку аудиторію, економічної ефективності та ефективності допомоги в цілому саме допомога, яка надається амбулаторно, у спільноті, є найбільш прийнятною.

Слід зауважити, що цілісне використання методів, описаних далі, потребує системного навчання, адже коротке ознайомлення з ними може виконувати просвітницьку та мотиваційну функцію, але аж ніяк не може замінити кількарічне навчання, супервізовану практику та опрацювання додаткової літератури.

Травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія¹

В основі травма-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії лежить нейробіологічна модель травми, відповідно до якої під час переживання травматичної події відбувається низка змін у функціонуванні мозку, через які травматичний досвід повною мірою не інтегрується в наративну пам'ять, а тому й далі впливає на життя людини, її психологічний стан тощо.

Модель травма-фокусованої терапії передбачає низку кроків, які мають здійснити разом фахівець і клієнт: психоедукацію про реакцію на травму для нормалізації стану особи та обґрунтування дальших кроків, когнітивну терапію для роботи з когнітивними викривленнями та переконаннями людини щодо свого стану, техніки стрес-менеджменту, щоб допомогти людині оволодіти своїм станом і зменшити збудження нервової системи, та експозицію як ключовий елемент, завдяки якому відбувається опрацювання травматичних спогадів і переведення їх у наративну пам'ять (Post-Traumatic Stress Disorder..., 2005).

Як зазначає В. В. Горбунова (2015), серед моделей цього виду терапії найдієвішою в роботі з посттравматичним стресовим розладом вважають так звану когнітивну терапію ПТСР, запропоновану А. Ехлерс і Д. Кларком (Ehlers & Sclark, 2008). У межах цієї моделі поєднуються три основні цілі: 1) ідентифікація негативних особистісних значень, що надаються травматичній події, та зміна цих значень; 2) послаблення симптомів повторного переживання і зниження

¹Матеріал щодо ТФ-КПТ підготовлено спільно з В. В. Горбуною.

впливу тригерів; 3) усунення дисфункційної поведінки та когнітивних стратегій.

Щоб досягти першої мети, використовують спеціальну процедуру – оновлення травматичних спогадів. Її основні етапи передбачають ідентифікацію найбільш болісних моментів травми, так званих гарячих точок; переоцінку травми та її наслідків з огляду на зменшення негативних інтерпретацій і більшу відповідність дійсності, а також поновлення особистісних значень завдяки переоцінці ситуації.

У ході терапії клієнтів просять поновити історію травматичної події. Зробити це можна в різний спосіб – наприклад, переозначити гарячі точки в ході усної розповіді (“Тепер я знаю, що...”), або проробити це подумки, уявляючи, що рани загоїлися, а злочинець у в’язниці.

Послаблення симптомів повторного переживання та зменшення впливу тригерів можна досягти за допомогою таких технік, як уявне перепроживання події, виписування детальної історії події, перегляд місця події. Уявне перепроживання полягає в згадуванні травматичної події в усіх подробицях, з емоціями та відчуттями. Та сама процедура, лише письмова, відбувається і в ході виписування історії події, коли клієнт встановлює послідовність травматичних подій в усіх деталях та пов’язує їх із попередніми та наступними подіями. Перегляд місця події, якщо це можливо, відбувається безпосередньо в тій місцевості, де людина зазнала травми, і полягає у фокусуванні на відмінностях між тим, що було тоді, і тим, що є зараз, коли травма минула і людина перебуває в безпеці. Зменшення впливу тригерів досягається завдяки детальному аналізу того, які саме ситуації, люди, дії, запахи, звуки спричиняють повторні переживання травми, і роботі по розірванню умовного зв’язку “тригер – інтрузія” внаслідок усвідомлення того, що це реакції на пам’ять про подію, а не на реальність. Велику роль у цьому відіграє безпосередня експозиція до них – стикання клієнта з ними в реальній ситуації за підтримки терапевта або близьких, які мають переконати його в тому, що самі тригери не становлять жодної загрози. Усунення дисфункційної поведінки і стратегій сприймання та інтерпретації реальності здійснюється шляхом обговорення, проведення дискусій, сократівських діалогів та поведінкових експериментів, під час яких клієнти переглядають старі способи світосприймання і реагування та переконуються в їхній неефективності.

Зауважимо, що конкретну терапевтичну процедуру розробляють для кожного клієнта індивідуально, з урахуванням специфіки травматичного впливу, життєвого досвіду, рівня розвитку когнітивних процесів, особистісних рис, а також інших факторів, що впливають на здатність людини до відновлення.

Десенсибілізація та репроцесуалізація за допомогою руху очей (EMDR)

У настанові ВООЗ щодо станів, пов'язаних зі стресом, зазначено, що основна ідея EMDR полягає в тому, що негативні думки, почуття та поведінка є результатом неопрацьованих спогадів. Лікування зосереджується на застосуванні стандартизованих процедур, які полягають в одночасному фокусуванні на (а) спонтанних образах, думках, емоціях і тілесних відчуттях, пов'язаних із травмою, та (б) білатеральній стимуляції, яка найчастіше виконується у формі повторюваних рухів очей (World Health Organization..., 2013).

Розгляньмо основні фази терапії у випадку комплексного ПТСР (Korn, 2009). Зазначимо, що центральну фазу, процесуалізацію, може виконувати лише сертифікований фахівець.

Фаза 1. Стабілізація

На цій фазі основна мета – стабілізувати стан людини і підготувати її до основної частини роботи. Увага зосереджується на ймовірних самоушкодженнях, залежностях, суїцидальних намірах, наявності дисоціацій та важкої емоційної дизрегуляції. Мають бути опрацьовані потенційні страхи щодо стосунків та їх втрати, внутрішнього досвіду (почуттів, соматичних проявів, травматичних спогадів тощо), самої терапії. Також варто приділити увагу виробленню нових копінг-стратегій, залученню ресурсів. Додатково слід навчити клієнта утримувати подвійний фокус уваги – на минулому і на теперішньому, на внутрішньому і на зовнішньому. Це потрібно, щоб бути “заземленим” у часі, коли опрацьовуватиметься минуле, лишатися в контакті з терапевтом у ході опрацювання важких емоцій та переживання складних почуттів.

Вважається, що клієнт готовий до наступної фази, якщо він: демонструє репертуар адаптивних умінь, звертається до своїх почуттів, емоцій та спогадів без негативних наслідків, володіє навичками саморегуляції в разі афекту тощо.

Фаза 2. Процесуалізація

Мета цієї фази – процесуалізація травматичних спогадів та пригнічення й трансформація травма-релевантних переконань, емоцій та почуттів, поведінкових патернів та інших симптомів. На цій фазі робота відбувається безпосередньо з травматичною пам'яттю і тригерами шляхом одночасного їх пригадування, опрацювання та білатеральної стимуляції.

Фаза 3. Возз'єднання та розвиток самоідентичності

На цій фазі увага зосереджується на розвитку самооцінки та самоповаги, налагодженні здорових стосунків та поглибленні близькості, дослідженні та інтеграції почуття ідентичності. Тут активно використовують психоедукацію, візуалізацію, рольові ігри, щоб підготувати клієнта до нових викликів і життя без розладів. Успіх вимірюється здатністю клієнта ефективно справлятися з тригерами чи ситуаціями, яких він раніше уникав, та досягати бажаних цілей у щоденному житті.

EMDR має наразі багато підтверджень щодо своєї ефективності, хоч завдяки низці досліджень виявлено, що сама білатеральна стимуляція не відіграє при цьому ключової ролі й ефект від EMDR без неї такий самий, як і з нею, і досягається за рахунок тих же механізмів, що і в ТФ-КПТ (Davidson, & Parker, 2001).

Інтерперсональна психотерапія

Найпоширеніші методи психотерапії при травмі об'єднує спільний компонент – експозиція в той чи інший спосіб щодо травматичних спогадів і тригерів, які їх провокують. Разом з тим нещодавно було адаптовано протоколи інтерперсональної терапії для лікування ПТСР. ПТСР-фокусована інтерперсональна терапія (ПТСР-ІПТ) фокусується не на експозиції щодо травми, а на наслідках, які травма мала для міжособистісних стосунків.

Як зазначають розробники підходу, ідея полягає в тому, що травма порушує почуття міжособистісної безпеки, призводить до уникнення стосунків та блокує відтак здатність використовувати соціальну підтримку для опрацювання травматичної події. Виходить, особа з ПТСР відкидає соціальну підтримку якраз тоді, коли вона є для неї життєво необхідною. ІПТ допомагає зрозуміти свої почуття, толерувати їх, покращити комунікацію та взаємодію з іншими і та-

ким чином відновити довіру до людей та відбудувати/вибудувати мережу соціальної підтримки (Rafaeli & Markowitz, 2011).

Розгляньмо основні проблемні зони, з якими працює ППТ за наявності ПТСР: втрата (горювання через втрату значущої людини), рольовий конфлікт (наявність у клієнта та пов'язаних із ним інших осіб різних очікувань одне щодо одного), рольовий перехід (зміни в житті, які вимагають освоєння нових ролей, не завжди бажаних).

Згідно з А. К. Rafaeli та J. С. Markowitz (2011), робота моделі ППТ у випадку ПТСР складається з кількох фаз:

1. Початкова фаза (сесії 1-3).

Мета – дослідження теперішніх і минулих стосунків, ідентифікація складнощів, пов'язаних із ПТСР, та ознайомлення з історією травми. Особлива увага приділяється зазначеним вище проблемним зонам. Завершується ця фаза формулюванням резюме – коротким погодженим із клієнтом описом його складнощів, їх причини, наслідків та потенційних цілей терапії.

2. Центральна фаза (сесії 4-10).

На цій фазі клієнт уже розуміє, що страждає через розлад, який можна вилікувати, і що це не його провина. Фахівець на цій фазі пропонує стратегії удосконалення міжособистісної комунікації та допомагає виявити почуття, які лежать “поза нею”. Використовуються рольові ігри, аналіз попереднього досвіду, домашні завдання тощо. Центральним компонентом є розуміння того, що певні емоції та почуття виникають у ширшому міжособистісному контексті, та оволодіння вмінням проявляти їх, щоб покращити стосунки.

3. Завершальна фаза (сесії 11-14).

На цій фазі відбувається огляд пройденого шляху, прогресу, досягнутого клієнтом, його нових умінь та почуттів щодо завершення терапії. Також обговорюються ймовірні складнощі, які можуть виникнути після завершення роботи, та складається план їх подолання.

Дослідження показали, що ПТСР-ППТ у цілому дає змогу істотно полегшити стан осіб з ПТСР, який можна порівняти із пролонгованою експозицією. Особливо важливо, що завдяки використанню цього методу значно зменшилася кількість випадків відмови від терапії пацієнтів, які мали додатково до ПТСР ще й депресивний розлад (Markowitz et al., 2015). Дослідження методу наразі тривають; зокрема, у США 2019 р. планується завершити велике дослідження щодо використання його в роботі з ветеранами.

2.4. Система заходів із психосоціальної підтримки на робочому місці, у громадах

За офіційними даними Державної служби України з питань праці, протягом 2017 р. сталося 4313 випадків травмування на виробництві. Лідерами, як не дивно, є соціально-культурна сфера і торгівля, що випереджають вугільну галузь та агропромисловість (майже 25 % від загальної кількості випадків) (Статистичні дані..., 2017). Понад 1 млн осіб, які постраждали від невиробничого травматизму, це дорослі особи працездатного віку, працівники певних організацій. Взявши до уваги 1,5 млн внутрішньо переселених осіб та понад триста тисяч ветеранів АТО, які тією чи іншою мірою потребують підтримки і так само є працівниками тих чи інших організацій, та врахувавши, що найбільш ефективною є допомога, яка надається в місцях, максимально наближених до місць проживання та праці, стає зрозуміло, що проблема піклування про психічне здоров'я на робочому місці набирає сьогодні надзвичайної актуальності.

Додають їй актуальності також економічні розрахунки. За даними компанії “Deloitte”, 2017 р. у Великій Британії економічні втрати роботодавців від того, що працівники мали психологічні проблеми та психічні розлади, навіть за консервативними оцінками, сягали від 32,6 до 42,2 млрд фунтів стерлінгів (Mental health and employers..., 2017).

Витрати на зміцнення психічного здоров'я є насправді інвестиціями, оскільки забезпечують досить швидке повернення коштів. Для України такі розрахунки були проведені “International Medical Corps” & “World Bank Group”. Вони показали, що за умови розширення сервісів та збільшення державних інвестицій у психічне здоров'я можна досягти до 2030 р. збереження 4,7 млн років здорового життя мешканців нашої країни. Можна зберегти для економіки 800 млн доларів на одній лише депресії, та ще й “плюс” 350 млн – на тривожних розладах. На рівні держави це буде рівнозначно поверненню 2 доларів на кожен інвестований долар (Mental health in transition..., 2017).

Варто звернути увагу на досвід Національного Інституту здоров'я і досконалості допомоги Великої Британії*. Ця незалежна організація є відповідальною за забезпечення доказовими протоколами сфери охорони здоров'я та соціального піклування. Одна з розробок Інституту – посібник “Психічний добробут на роботі” (Mental wellbeing at work, 2009). Він містить низку рекомендацій щодо того, як створити правильні умови для підтримки психічного добробуту працівників, й адресований роботодавцям, фахівцям HR-сфери та сфери соціального піклування, представникам професійних спілок, самим працівникам тощо.

Розгляньмо найважливіші із цих рекомендацій.

Перша рекомендація – “Стратегічний і координований підхід до промоції психічного добробуту працівників” – містить пропозиції щодо інтеграції теми психічного добробуту в політику організації та практику менеджменту; зниження дискримінації та стигми щодо проблем із психічним здоров'ям; забезпечення підтримки психічного здоров'я на етапах добирання персоналу, навчання, мотивації праці тощо; забезпечення рівних можливостей для всіх працівників, у т. ч. емігрантів, частково зайнятих, позмінників тощо.

У другій рекомендації – “Оцінка можливостей для промоції психічного добробуту та менеджмент ризиків” – наголошується на важливості попередньої оцінки параметрів, які стосуються до психічного добробуту: абсентеїзму (відсутності на роботі через хвороби), плинності кадрів, інвестицій у навчання тощо. Також у ній ідеться про важливість доведення до працівників розуміння їхньої власної відповідальності за психічний добробут, зокрема за ідентифікацію власних потреб у цій сфері. Важливо звертати увагу на раннє виявлення тих, хто може потребувати допомоги, і створювати систему підтримки для них (консультування, тренінги стрес-менеджменту тощо).

Третя рекомендація має назву “Гнучкість роботи” та містить настанови щодо організації робочого графіка працівників (по можливості), який би враховував їхні потреби та очікування щодо особистого та професійного життя (часткова зайнятість, робота вдома, розподілена робота, гнучкий графік).

* Див.: <https://www.nice.org.uk/>

Четверта рекомендація – “Роль лінійних менеджерів” – фокусується на посиленні ролі лінійних менеджерів у промоції психічного добробуту за рахунок їхнього лідерства та управління. Ідеться про розвиток мотиваційних управлінських навичок менеджерів, які заохочують участь працівників у командній роботі, делегування повноважень, конструктивний зворотний зв’язок, менторинг та коучинг. Важливим завданням є підвищення рівня розуміння менеджерами впливу управлінського стилю і практик на їхній психічний добробут, озброєння їх навичками надання допомоги працівникам з емоційними складнощами, проблемами із психічним здоров’ям. Не менш важливо коректно і вчасно скеровувати працівників до спеціалізованих сервісів та інших джерел підтримки.

П’ята рекомендація – “Підтримка малого та середнього бізнесу” – стосується важливості порадиництва у сфері психічного здоров’я на роботі та організації доступу до відповідних служб і сервісів працівників невеликих організацій.

Сприяння організаціям у підтримці психічного здоров’я працівників – один із напрямів роботи *Національного руху “Час змін”* (“Time to change”).* Рух започатковано 2007 р., і його цілі – змінити ставлення людей до осіб із розладами психічного здоров’я; зменшити рівень дискримінації щодо них в особистому, соціальному житті і на роботі; сприяти тому, щоб до активних дій у цьому напрямі долучалися люди, які мають проблеми із психічним здоров’ям.

Організаціям-учасницям руху підтримка пропонується у формі консалтингової допомоги у створенні Планів дій щодо підтримки психічного здоров’я на місцях. Організація, яка вирішила взяти на себе зобов’язання щодо підтримки психічного здоров’я працівників, має надіслати до Національного руху “Час змін” свій План дій. Там він піддається ретельному аналізу; після цього організація отримує зворотний зв’язок і час на корекцію Плану, який після схвалення урочисто затверджується і підписується. Дуже важливо, що після цього організація отримує рік підтримки у вигляді тренінгів, безкоштовних майстер-класів, зв’язків з іншими організаціями, які раніше підписали такі зобов’язання і є лідерами в цій сфері.

* Див.: <https://www.time-to-change.org.uk>.

“Час змін” пропонує будувати роботу навколо семи ключових принципів (реальні приклади реалізації кожного з них можна знайти безпосередньо на сайті):

1. Демонструвати прихильність та відкритість у заходах щодо підтримки психічного здоров'я на найвищих щаблях менеджменту. Це критично важливий для успіху Плану дій принцип, адже лише за умови відкритості інформації щодо психічного здоров'я керівників можна досягти суттєвих зрушень у корпоративній культурі та стилі спілкування працівників.

2. Демонструвати відповідальність та активно залучати працівників-лідерів. Важливо знайти зацікавлену команду або людину, які б взяли на себе відповідальність за процеси підтримки здоров'я. Також слід імплементувати способи відстеження результатів у корпоративні процеси.

3. Збільшувати обізнаність щодо психічного здоров'я. Значна кількість людей не знає, наскільки проблеми психічного здоров'я впливають на якість життя та праці, а тому поглиблення знань у цій сфері є край потрібним.

4. Розробляти та впроваджувати практики подолання проблем із психічним здоров'ям на роботі. Працівники (і нові, і ті, що давно працюють) повинні знати, що і як вони мають робити, коли стикаються із психічним розладом, а також відчувати, що організація опікується їхнім психічним добробутом.

5. Пропонувати працівникам ділитися досвідом щодо проблем із психічним здоров'ям та шляхів їх вирішенням. Просвітницькі кампанії, що базуються на особистому досвіді, є потужним мотиваційним інструментом.

6. Сприяти лінійним менеджерам в оволодінні навичками спілкування на теми психічного здоров'я. Розвиток здатності розпізнавати перші ознаки розладів у працівників, уміння довірливо спілкуватися з ними на ці теми може допомогти виявити проблеми ще до того, як вони стануть важковирішуваними.

7. Надавати інформацію про можливість отримання підтримки та допомоги. Забезпечивши зростання відкритості щодо психічного здоров'я та уваги до нього, слід подбати про полегшення доступу працівників до відповідних сервісів та служб.

Канада першою у світі розробила Національний стандарт, який стосується психічного здоров'я працівників (The National Standard...,

2013). Робота над Стандартом розпочалася ще 1998 р. з Глобального круглого столу, який дав поштовх розвитку локальних змін щодо стандартів праці, визнання проблеми булінгу та переслідувань на роботі та сприяв започаткуванню низки національних досліджень у цій сфері (Samra, 2017).

Стандарт стосується створення в організаціях будь-якого типу системи менеджменту психологічного здоров'я та безпеки працівників. Він спрямований на зменшення загроз, які здатні завдати психологічних збитків; оцінку та контроль загроз, які не можуть бути зменшені; імплементацію практик підтримки та промоції психологічного здоров'я; плекання культури промоції психологічного здоров'я та безпеки на робочому місці. У Стандарті наголошується на тому, що система менеджменту психологічного здоров'я та безпеки працівників має бути поєднана (або сумісна) з управлінськими практиками та іншими системами в організації. Стандарт інтегрує такі основні елементи: 1) розвиток прихильності до системи, управління та участь; 2) планування; 3) імплементацію; 4) оцінку і коригування; 5) перегляд з боку менеджменту. Стандарт містить деталізовані інструкції щодо кожного з елементів, перелік усіх необхідних ресурсів для впровадження Стандарту, зразки його імплементації та рекомендації для малих і середніх організацій, інструменти для внутрішнього аудиту.

Нині в Канаді процес, підтриманий Стандартом, триває, і 2016 р. у провінції Манітоба було ухвалено *Акт про презумпцію ПТСР*. В акті йдеться про те, що у випадку переживання працівником травматичної події на роботі та діагностування в нього ПТСР (посттравматичного стресового розладу) цей розлад визнається спричиненим виробничою травмою і підлягає відшкодуванню з боку працедавця (Bill 35..., 2015).

Перша допомога щодо психічного здоров'я (Mental Health First Aid) – цілісна програма, розроблена в Австралії та наразі поширена більше ніж у 20 країнах світу (Mental Health First Aid..., 2014). До програми як учасники долучаються особи, у яких виявлено ознаки розладу психічного здоров'я, та особи, які потерпають від прогресування наявних розладів або переживають кризу психічного здоров'я.

Сама програма зосереджена не лише на безпосередній допомозі особам, які мають розлади психічного здоров'я, а й на підготовці фахівців, здатних: 1) розпізнавати ознаки і симптоми проблем у сфе-

рі психічного здоров'я; 2) розуміти ймовірні причини та фактори ризику виникнення цих проблем; 3) володіти доказовими медичними, психологічними та альтернативними методами допомоги; 4) надавати першу допомогу та підтримку; 5) здійснювати адекватні дії в кризових ситуаціях (такими ситуаціями є, наприклад, суїцидальна поведінка, панічні атаки, стресові реакції на травму, передозування, психотична поведінка). Передбачається, що такими фахівцями можуть бути менеджери і працівники організацій, які завдяки навчанню отримують додаткові компетентності.

На цей час програму стандартизовано та оцінено завдяки більше ніж 50 дослідженням, а їхній метааналіз показав суттєві зміни за трьома показниками: знання, ставлення до людей та здатність допомагати (там само).

Висновки до розділу

До наслідків переживання травми належать і розлади психічного здоров'я, отож постає необхідність комплексної психосоціальної підтримки особистості, розроблення відповідних методів та способів організації такої допомоги. Слід керуватися деталізованими поетапними інструкціями щодо організації співпраці між різними відомствами для надання психосоціальної підтримки до, під час і після надзвичайної ситуації.

Для розширення доступу до фахової допомоги щодо психічного здоров'я створено програму ВООЗ mhGAP – деталізовані та алгоритмізовані інтервенції, розроблені для лікарів первинної ланки охорони здоров'я. Не менш важливо напрацювати відповідний протокол з алгоритмізованими інтервенціями і для психологів-практиків.

Як методика безпосереднього реагування на надзвичайні ситуації пропонується поширений у світі структурований модульний підхід до надання допомоги всім, хто зіткнувся з безпосередніми наслідками катастрофи, тероризму, інших надзвичайних ситуацій. Програму першої психологічної допомоги доцільно доповнити підходом, який фасилітує психологічний копінг та стабілізацію людини на основі духовно орієнтованої підтримки та відповідних стратегій.

Коли йдеться про подолання віддалених наслідків переживання травми, акцент зміщується на організацію допомоги в спільнотах і

на робочому місці. Тут варто зосередити увагу на міжнародних рекомендаціях, розроблених, зокрема, NICE (“Психічний добробут на роботі”, “Час змін” тощо).

З-поміж методів психотерапії, рекомендованих для подолання наслідків переживання травми і збереження психічного здоров’я особистості, слід насамперед віддавати перевагу доказовим, перевіреним щодо ефективності методам, а саме травма-фокусованій когнітивно-поведінковій терапії, десенсибілізації та репроцесуалізації за допомогою руху очей, ПТСР-фокусованій інтерперсональній психотерапії.

Практичні завдання

А. Зайдіть за допомогою свого мобільного пристрою в програму Play Market / App Store. У рядку пошуку введіть “e-mhGAP” та встановіть програму на свій пристрій. Перегляньте головне меню, опрацюйте розділи, в яких наведено опис діагностичних критеріїв психічних розладів, скринінгові інструменти та рекомендовані інтервенції. Проаналізуйте, якою мірою цей застосунок може бути корисним Вам у роботі; чи підвищує він Ваш рівень компетентності у сфері психічних розладів; чи можна рекомендувати його іншим фахівцям, а також фахівцям яких сфер він, на Вашу думку, міг би стати в пригоді.

Б. Створіть план заходів щодо підтримки психічного здоров’я працівників Вашої організації, які можуть мати психічні розлади, пов’язані із стресом і травмою. Послідовність дій при цьому така: 1. Визначте, наскільки ймовірним для працівників є ризик отримати травму під час роботи; яка категорія працівників перебуває в зоні найбільшого ризику. 2. Обговоріть із працівниками зони ризику та визначте, наскільки для них важливим було б мати в організації систему соціально-психологічної підтримки, якої саме підтримки вони потребують. 3. Користуючись текстом посібника, розробіть послідовність дій, до яких слід вдатися а) до того, як особа отримала травму; б) відразу після травмування, в) для подолання віддалених наслідків травми. 4. Проаналізуйте головні ризики, необхідні ресурси у зв’язку з цією травмою та вплив такого плану заходів на роботу Вашої організації.

РОЗДІЛ 3

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ВІДНОВЛЕННЯ ПРОБЛЕМНОЇ ОСОБИСТОСТІ ПІСЛЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ

У зв'язку з воєнними діями, що тривають на сході України, певна частина громадян, перш за все молоді із числа учасників АТО, волонтерів, вимушено переселених осіб, потерпає від зумовлених війною психотравматичних наслідків та соціальних негараздів і стає проблемною. Як свідчить життєвий досвід, значна частина молоді, яка отримала психотравми, долає їх шляхом опрацювання набутого досвіду, тоді як дехто витісняє болісні переживання у сферу несвідомого.

Проблемною молоддю ми називатимемо молодих людей – учасників воєнних подій, що переживають негативні емоційні та психосоматичні стани (злість, ненависть, образу, ворожість розпач, провину, тривогу тощо) і марно намагаються позбутися їх за допомогою немедичного вживання лікарських препаратів, алкоголю чи наркотичних речовин. Зазвичай такій молоді притаманні внутрішні конфлікти, що провокують проблемну поведінку щодо сімейно-родинного та зовнішнього соціального оточення. Тому ця частина молоді особливо потребує фахової допомоги, яка дала б їй змогу відновити втрачену особистісну цілісність та краще адаптуватися до життя в сучасному суспільстві.

Як свідчить наш досвід, саме намагання позбутися негативних станів за допомогою алкоголю і наркотиків призводить до проблемної поведінки травмованої молоді. Метою реабілітаційних технологій є насамперед опрацювання та опанування цих станів, а завданням – удосконалення вже відомих та розроблення нових ефективних технологій підвищення адаптивності проблемної особистості.

Розгляньмо відтак розроблений, апробований та вже впроваджений нами *реабілітаційний комплекс*, що складається з трьох основних та четвертого – профілактичного – блоків (Лазоренко, 2015б; Кальницька, Лазоренко, 2018).

Перший, діагностичний, блок методик має на меті визначити провідні негативні стани як наслідок переживання проблемною особистістю травматичних подій. Другий блок передбачає застосування реінтеграційно-реабілітаційних технологій, опанування визначених негативних станів, допомогу в досягненні внутрішньоособистісної реінтеграції. Третій блок – реадaptaційний – об’єднує технології реадaptaції проблемної особистості до життя в родинному та соціальному середовищі, а також передбачає оцінку результатів її реадaptaції та їх оптимізацію в разі виникнення рецидивів проблемної поведінки. Четвертий блок пропонує засоби профілактики психотравматизації дітей та підлітків, зумовленої переживанням ними наслідків воєнних подій.

3.1. Виявлення особистісних проявів та провідних негативних станів як наслідків переживання проблемною молоддю травматичних подій

Щоб виявити прояви психотравматичних станів, порушення адаптивності проблемної молоді та з’ясувати ступінь її реадaptaції до життя в родині та соціумі, ми сформуvalи й апробували дослідницький комплекс, який включає три опитувальники (Кальницька, Лазоренко, 2018):

1. Перелік симптомів ПТСР – The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) F. W. Weathers, B. T. Litz, T. M. Keane, P. A. Palmieri, R. P. Schnurr (2013) (National Center for PTSD); переклад та адаптацію для української популяції здійснили О. О. Хаустова, Л. Є. Трачук, В. Г. Безшейко (Bezsheiko, 2016).

2. Багаторівневий особистісний опитувальник “Адаптивність” А. Г. Маклакова і С. В. Чермяніна (Маклаков, Чермянин, 2006).

3. Опитувальник самооцінки змін якості життя внаслідок проходження учасниками Школи соціально-психологічної допомоги

реабілітаційно-реадаптаційного курсу, розробленого К. О. Кальницькою і Б. П. Лазоренком (Дод. 1–3).

Перелік симптомів ПТСР містить 20 питань. Питання за цією шкалою відображають відповідні кластери симптомів ПТСР: опис травматичної події, симптоми інтрузії – 5 запитань; симптоми уникнення – 2 запитання; негативні думки та емоції – 7 запитань; симптоми надмірної реактивності – 6 запитань. Опитуваний зазначає в балах величину прояву симптому, оцінює за кожним питанням свою відповідь з погляду вираженості симптому в балах від 0 до 4. Потім підраховується загальна сума балів. Мінімально можлива кількість балів – 0, максимально можлива – 80. Цей опитувальник ми радимо використовувати для скринінгу схильності до ПТСР, яка визначається в тому разі, коли загальна кількість набраних пунктів становить 33 або більше балів.

Багаторівневий опитувальник “Адаптивність” ми рекомендуємо використовувати для визначення адаптивних можливостей проблемної молоді. Він складається із 165 питань і має чотири структурних рівні, що дає змогу отримати інформацію різного обсягу та змісту, зокрема для оцінювання адаптивного потенціалу особистості. За допомогою цього опитувальника можна оцінити поведінкову регуляцію, комунікативні здібності та рівень моральної нормативності особистості. Поведінкова регуляція характеризує здатність людини керувати взаємодією із зовнішнім середовищем. Комунікативні здібності визначають її спроможність налагоджувати позитивні відносини з іншими людьми, вміння досягати контакту і взаєморозуміння з оточенням. Моральна нормативність характеризує рівень засвоєння особистістю загальних морально-етичних норм суспільства та дотримання їх у взаємодії із соціальним оточенням.

Щоб виявити порушення адаптивності проблемної молоді, доцільно спочатку з’ясувати за допомогою шкали достовірності правдивість відповідей респондента, а потім визначити три шкали адаптивного потенціалу досліджуваного. При цьому ми користувалися “сирими” балами і не переводили їх у стени, оскільки для нас важливо порівняти дані за кожною шкалою на початку та наприкінці реабілітаційного курсу.

Використання перших двох опитувальників дає також змогу визначити провідні негативні стани проблемної особистості, які в

першу чергу потребують опрацювання на наступному етапі реабілітаційного курсу.

Опитувальник самооцінки змін якості життя внаслідок участі в реабілітаційному курсі разом із заключним опитуванням за зазначеними вище методиками радимо використовувати для того, щоб отримати від учасників інформацію про ступінь їхньої адаптованості до родинного й суспільного життя і визначити відтак проблемні зони, які слід доопрацювати для підвищення адаптивності тих учасників, у яких залишилися прояви негативних станів, що зумовлюють рецидиви проблемної поведінки.

Опитування учасників реабілітаційного курсу за першими двома методиками бажано проводити двічі – на початку і по його закінченні, а останню методику доцільно застосовувати після завершення основного курсу.

До апробаційного реабілітаційного курсу долучились особи, які брали участь у Чернігівській школі соціально-психологічної допомоги, та молодь, з якою ми працювали за авторською методикою в пілотному проекті. Типовими запитами учасників були: допомогти собі в подоланні наслідків психотравматизації, а також допомогти близьким, членам родини “позбутись...”, “досягти..., здобути... і стати...”, “розібратись...”, “вплинути і змінити... (себе чи когось)”.

Провідні психоемоційні стани респондентів можна об’єднати в три групи: такі, які суб’єктивно сприймаються досліджуваними як негативні, як позитивні і як відносно нейтральні. Серед станів, що сприймаються *негативно*, виокремлено два типи: перший – це застережні стани страху і тривоги, другий – стани розгубленості, розпачу, печалі, туги, сорому, нервозності, роздратування, гніву, ненависті, образи, вини, помсти. Серед емоційних станів, що суб’єктивно сприймаються досліджуваними *позитивно*, визначено два основних типи: перший – це перехідні стани легкості, спокою, радості, невимушеності, які чергуються з іншими станами в процесах спонтанно-конструктивного їх проживання; другий – інтегративні стани, які завершують процес трансформації негативних станів у позитивні (до них належать стани умиротворення, упевненості, вдячності, свободи, надії). Як провідні серед відносно нейтральних станів визначено втому, байдужість, сонливість.

Важливо також звертати увагу на провідні психосоматичні стани респондентів, які можна об’єднати у дві основні групи: такі,

що суб'єктивно сприймаються досліджуваними як негативні, і такі, що сприймаються як позитивні. Серед психосоматичних станів, що сприймаються негативно, – біль, тиск, тремор, холод, жар, скрута, напруженість, нудота, пітливість, а також відчуття падіння, пустоти, ступору, прострації. До психосоматичних станів, що суб'єктивно сприймаються досліджуваними позитивно, можна віднести відчуття тепла, легкості, польоту, розслабленості тощо.

3.2. Чинники залучення проблемної молоді до участі в реабілітаційних програмах

Далеко не всі особи, які потребують реабілітації та реадптації, усвідомлюють, що їм це потрібно. Назагал багато з них вважає, що з ними все гаразд, – просто тим, хто повернувся із зони бойових дій, важко жити з тими, хто там не був. Тому першим кроком на шляху до відновлення психічного здоров'я проблемної молоді є сприяння їй в усвідомленні своєї психологічної дезадаптованності, формування в неї потреби і мотивації до участі в психологічних реабілітаційних та реадптаційних програмах і проектах, які здійснюються державними та громадськими організаціями. Таке залучення потребує опрацювання психологічних перешкод і захистів, з'ясування зовнішніх та внутрішніх чинників, які стимулюють та мотивують проблемну молодь до участі в такому курсі.

У зв'язку з цим ми звертаємо увагу практиків на типові перешкоди й захисні психологічні механізми, які утруднюють залучення цієї молоді до реабілітаційних програм, а також на стимули і мотиви, які цьому сприяють.

До зовнішніх перешкод для участі проблемної молоді у психологічній реабілітації слід віднести негативні впливи сім'ї та близького родинного оточення. Ідеться передусім про нерозуміння і несприйняття (неадекватне сприйняття) цим оточенням глибини і серйозності змін, що відбулися з їхніми синами і чоловіками або дочками і дружинами, які брали участь у військових операціях в зоні бойових дій. Дуже непродуктивним є спонукання їх “взяти себе в руки”, “взятися за розум”. Шкодить також підбурювання з боку друзів розслабитися, зняти напруження за допомогою алкоголю і наркоти-

ків. Дуже поширені в масовій культурі традиції опанування стресових станів за допомогою алкоголю відчутно гальмують реабілітаційний процес.

До внутрішніх особистісних чинників, що заважають проблемній молоді долучатися до реабілітаційного курсу, слід віднести її неадекватну впевненість у власній спроможності впоратися зі своїми психологічними проблемами, перебільшення своїх можливостей щодо їх опанування. Також серед проблемної молоді поширене уявлення про те, що звернення по психологічну допомогу є свідченням власної психічної неповноцінності. Перешкодою для цієї молоді стають зазвичай невдалі спроби самостійного подолання своїх психологічних розладів за допомогою немедичного вживання лікарських засобів, зловживання алкоголем, наркотичними засобами. Також до внутрішніх чинників, що заважають залученню проблемної молоді до реабілітаційних програм, слід віднести застосування неадекватних щодо отриманих психотравм і посттравматичних розладів особистісних захистів та копінгів. Серед них поширеними є ігнорування і витіснення власних психологічних проблем як “незначущих”, проектування тих з них, які є для них значущими, на близьке родинне та зовнішнє соціальне оточення. Ще одним неадекватним захистом є уникнення власне осмислення ситуації, нехтування цими проблемами, покладання на те, що “час усе загоїть”.

Серед зовнішніх позитивних чинників залучення проблемної молоді до участі в реабілітаційних програмах важливим є вплив з боку близького соціального оточення – членів малої групи, побратимів АТО, друзів, колег по роботі, яким вони довіряють. Також це мотивація до реабілітації з боку представників громадських організацій, наприклад ветеранів афганської війни, учасників інших воєнних конфліктів, ліквідаторів аварії на ЧАЕС, але тих, які мають власний позитивний досвід участі у психологічних реабілітаційних програмах. Певною мірою зовнішнім мотиваційним чинником до використання психологічної допомоги може слугувати сімейне, близьке родинне оточення (батьки, брати, сестри, дідусі, бабусі, дружина, чоловік) за умови, що стосунки в родині молода людина сприймає позитивно.

Важливими внутрішніми чинниками залучення проблемної молоді до реабілітації можуть слугувати такі переживання і почуття, як совість, сором, віра в себе та прагнення до благополучного й ус-

пішного життя. Також мотиваторами молодих людей до участі в психологічній реабілітації можуть бути авторитетні особистості з їхнього реального життя або ж духовні образи з їхніх вірувань, якщо молоді люди є послідовниками певних релігійних конфесій. Нерідко такими мотиваторами стають рідні прадідусі, прабабусі, інші родичі як взірці успішного вирішення складних життєвих проблем, що випали на їхню долю. Маємо на увазі тих, хто свого часу вижив під час голодоморів, пережив військові протистояння Другої світової війни та ув'язнення в сталінських чи фашистських концентраційних таборах і, незважаючи на всі негаразди й завдяки своїй мужності і силі духу, вистояв, зберіг своє життя і зміг передати його далі своїм нащадкам. Для осіб, які є прибічниками релігійного світогляду, переконливими мотивами для проходження реабілітації можуть бути релігійні авторитети, подальша підтримка релігійної громади та допомога релігійних реабілітаційних центрів.

Значний вплив на залучення проблемної молоді до участі в реабілітаційних психологічних програмах може мати систематичне і послідовне проведення комплексної інформаційно-освітньої роботи з учасниками АТО, волонтерами, вимушено переселеними особами, членами їхніх родин. Це стосується їх інформування про основні психоемоційні та психосоматичні прояви психотравм і посттравматичних розладів, забезпечення обізнаності щодо ефективності сучасних психологічних програм і технологій опанування психотравм.

На цьому шляху вельми слушною є організація на базі громадських організацій, перш за все учасників АТО, широкої мережі груп взаємодопомоги з числа їхніх членів і волонтерів, які б гуртувалися на основі вирішення завдань відновлення та зростання особистісного потенціалу, розв'язання психологічних та соціальних проблем, захисту своїх законних прав. Технологіям групової взаємодопомоги належить провідна роль у залученні проблемної молоді з числа учасників АТО, волонтерів до психологічної реабілітації. Наразі певна їх частина вже пройшла психологічну реабілітацію за програмами, розробленими відповідними державними органами. Важливо, щоб до таких груп взаємодопомоги була залучена молодь, яка має позитивний досвід такої реабілітації і може переконливо ним поділитися.

3.3. Технологічний комплекс групової та індивідуальної реабілітації проблемної молоді

Як показав наш досвід, ефективною формою залучення учасників АТО, волонтерів, ВПО, їхніх близьких, членів родин загиблих до особистісного відновлення може стати організація *школи соціально-психологічної допомоги* у форматі групи взаємодопомоги. Цю форму роботи було апробовано спільно з Чернігівським національним технологічним університетом – кафедрою організації соціально-психологічної допомоги населенню (завідувач кафедри – К. О. Кальницька). Проведення *школи* мало дві цілі. Перша – опанування учасниками навичок психологічної самодопомоги та допомоги своїм близьким, а для волонтерів – оволодіння навичками першої психологічної допомоги за профілем своєї діяльності в індивідуальній і груповій роботі. Друга – це реабілітація та реадaptaція тих учасників, які мають відповідні симптоми й порушення адаптивності. Саме навчальний формат сприяв поєднанню та досягненню цих цілей.

Органічно в цей курс також було включено розглянутий вище діагностично-дослідницький комплекс, який виконував роль скринінгу наявності посттравматичних симптомів та порушень адаптивності в учасників, а також самооцінки їхніх змін та якості життя в цілому в процесі реалізації зазначеного курсу.

Успішність навчального курсу забезпечується комплексом реабілітаційних технологій, засади якого були розроблені провідними фахівцями ІСПП НАПН України. Курс базується, зокрема, на суб'єктно-вчинковому підході В. О. Татенка і теорії особистісного життєконструювання Т. М. Титаренко. Принцип вчинковості орієнтує особистість на “мужне” прийняття негативного змісту психотравми – прийняття віч-на-віч, як власної реальності, без наміру і намагання уникнути її або позбутися, вдаючись до тих чи тих засобів. Також вчинковість мотивує свідомо сприймати психотравму як актуалізатора своїх різноманітних ресурсів, що спонукає проблемну молодь до особистісного розвитку. Принцип суб'єктності передбачає, що молода людина здатна усвідомлено брати на себе відповідальність за свою життєдіяльність та її наслідки. Вона не дозволяє собі перекладати цю відповідальність на інших людей або ж на зовнішні

об'єктивні обставини і ставиться до себе як до суб'єкта власного життя, а не жертви психотравми і зовнішніх обставин.

Важливою з погляду забезпечення ефективності технологічного комплексу є теорія особистісного життєконструювання Т. М. Титаренко та концептуалізований на її основі технологічний підхід до соціально-психологічної реабілітації особистості, оскільки вони орієнтують особистість на сприйняття травматичного досвіду як підґрунтя її посттравматичного зростання (Тутаренко, 2018). У результаті особистість спрямовується на побудову життєвих перспектив, дістає засоби для постановки життєвих завдань та формування соціально-психологічних практик для їх вирішення.

Значною мірою наш комплекс базується на принципі парадоксальності, зокрема на парадоксальній інтенції В. Франкла. Остання забезпечує обернення (перетворення) звичайного наміру особистості подолати, опанувати психотравму і зрештою позбутися її як дошкільного явища на усвідомлений намір прийняти і засвоїти її як ресурс життєконструювання. Значну роль у перетворенні перешкоди на ресурс відіграють парадоксальна реакція як механізм засвоєння психотравми (Лазоренко, 2015а), а також психотехніки парадоксу (Уикс, Л'Абат, 2002). Ці психотехніки спрямовують проблемну молодь на трансформацію психологічного змісту психотравми в життєвий досвід та особистісний ресурс життєконструювання. У цьому сенсі метою запропонованого комплексу є набуття учасниками реабілітаційного курсу особистісної цілісності за рахунок нарощування власних ресурсів, а не їх втрати у процесі відділення негативу від себе, витіснення його у сферу несвідомого або психічного обслуговування страхів і внутрішніх бар'єрів для утримання цього негативу поза свідомістю. Негатив може стати ресурсом, якщо його правильно "розпакувати", трансформувати і засвоїти.

Ядром розробленого комплексу є авторська методика переживання і засвоєння негативних емоційних і психосоматичних станів. Він включає також технології моделювання змісту психотравми засобами системно-феноменологічного підходу та тілесно зорієнтовані і дихальні техніки. У своїй роботі ми зосереджуємося на настановленнях і намірах, спрямованих на досягнення цілісності особистості, цілісності засвоєння проблемної життєвої ситуації, на прийняття негативу і трансформацію його на позитив, подальше засвоєння енергії травми як ресурсу подальшого життя та особистісного зростання.

Методика передбачає обернення звичайного й очевидно зрозумілого наміру особистості “позбутися негативу” на зворотний, незрозумілий, на перший погляд, намір сприйняття його як ресурсу особистісного зростання та важливого життєвого досвіду. Таке обернення є необхідним для подальшого забезпечення реалізації механізму парадоксальної реакції.

У практиці взаємодії з проблемною молоддю обернення наміру (перший крок) відбувається завдяки технології нормалізації негативних емоційних реакцій і станів (страху, ступору, агресії, ненависті, сорому, розпачу тощо) шляхом фокусування уваги на сприйнятті їх як цілком природних, нормальних. Особливості допомоги психолога проблемній молоді в оберненні наміру “позбутися” негативу на “прийняти” його можна розглянути на прикладі ставлення переважної більшості цієї молоді до вживання алкоголю. Зазвичай така молодь вважає, що в цілому, “у нормі” алкоголь є корисним і важливим засобом зняття стресової напруги, гарним стимулятором товариського спілкування, відпочинку. Часто від молодої людини можна почути: “Я знаю свою норму, але, на жаль, не завжди встигаю її досягти, валюся з ніг”. Або: “Знаєте, особисто я п’ю завжди культурно, не більш як сто грамів, але потім непомітно і несподівано з’являється “інший”. Ось саме він безбожно напивається і брутально поводиться”. Молода людина схвально ставиться до алкоголю, але хотіла б позбутися себе “іншого”. Тому обернення наміру полягає в прийнятті і проживанні саме себе “іншого” – тих своїх станів, які пов’язані саме із цим “іншим”. Як правило, це стани сорому, злості, страху, дискомфорту, котрі “нормалізуються” як цілком природні з погляду того, що маємо в результаті такої поведінки.

Другий крок – застосування технології прийняття, присвоєння негативних станів саме як своїх, власних (хоча і спровокованих зовнішніми негативними чинниками) завдяки фокусуванню уваги особи на їхніх функціях і смислах, сприйняття їх як украй важливих, необхідних рятівників, які допомогли вижити у вирі травматичних подій (зокрема, коли це стосується наслідків участі в бойових діях). Це дає людині змогу відчути й усвідомити екзистенційно позитивну для неї сутність негативних станів і реакцій. Відтак первинна, спочатку не усвідомлювана реакція дисоціації, психологічного їх відторгнення, відчуження завдяки механізму парадоксальної реакції обертається на асоціацію, присвоєння, прийняття з повагою і вдячністю. Цілком

придатною є ця технологія і в тому разі, коли йдеться про переживання і прийняття наслідків зловживання алкоголем або інших подій, які викликають стани сорому, злості, страху, дискомфорту.

В індивідуальному форматі спільні зусилля психолога і реабілітанта спрямовуються на процес переживання прийнятого негативу. Для цього увагу зосереджують на тому місці в тілі, де відчувається зазначений негативний стан, і використовують техніку усвідомленого, спрямованого дихання. Людині пропонують уявно розмістити центр дихання в місці тілесної локалізації негативного переживання; як правило, потерпілий називає стресогенні зони голови, шиї, горла, грудей, живота, спини (відомі як блоки).

Наступним кроком є розгортання емоційного та психосоматичного процесу проживання актуальних негативних станів. Він відбувається спонтанно в супроводі і за підтримки психолога, що сприяє подальшому досягненню базових інтегративних станів особистості. Під час такого проживання попередні негативні стани втрачають свою інтенсивність і трансформуються в інші стани. У цьому процесі важливо стежити за спонтанним перебігом зміни станів і приймати їх такими, якими вони будуть проявлятися тілесно й емоційно аж до переходу трансформацій в інтегративний позитивний стан. Зазвичай першими в переліку негативних станів, які переживає людина, є стани образи, вини, злості-агресії, розчарування, розгубленості, покинутості, самотності, розпачу, болю тощо. Процес поетапного їх проживання завершується інтегративними позитивними станами.

У груповому форматі часто використовують феноменологічний метод моделювання сімейно-родової системи реабілітанта, спрямований на використання неусвідомлюваних і позаособистісних ресурсів. Йдеться про членів сім'ї і родичів, друзів, товаришів по роботі, службі та фігури сімейно-родової системи, колективного несвідомого. З'ясовано, що негативні стани безпосередньо пов'язані з певними інтроєктивними утвореннями, закапсульованими і "законсервованими" в емоційних і психосоматичних станах проблемної особистості. У просторі підсвідомості їм відповідають проекції важливих фігур сімейно-родової системи, які були з якихось причин сепаровані, відчужені від неї. Завдяки застосуванню цього методу в процесі прийняття і переживання неусвідомлюваних проекцій реалізуються зворотні механізми – примирення і поєднання з цими фігурами, визнання їхньої сили, доречності їхніх проявів у небезпечних

для життя ситуаціях і, загалом, засвоєння їхньої сили як своїх власних спроможностей. Процес такого засвоєння організують у формі театралізованого дійства, сюжет якого формують психоемоційні стани і зв'язки між фігурами, котрі уособлюють основні стани, емоційні та поведінкові реакції проблемної особистості. Завершується таке дійство своєрідними катарсичними переживаннями (Лазоренко, 2014). Щоб оптимізувати процес трансформації негативних станів в особистісний ресурс, доцільно використовувати запозичену із психодрами технологію обміну ролями. Завдяки їй досягається більша зінтегрованість проєктивних елементів образу, а також більш глибоке осмислення суперечливо представлених станів та функцій і, як наслідок, більш повне та якісне їх засвоєння.

Завершальним етапом реінтеграції проблемної молоді і в індивідуальному, і в груповому форматі є асиміляція пережитого, включення його змісту в особистий досвід та прилаштування нових інтегративних станів до реального життя. Критеріями інтегрованості цих станів можуть бути їхня безумовна позитивність; фінальність щодо перебігу зміни станів; відчуття суб'єктивної повноти, коли особа засвідчує, що вона цілком сприймає цей стан і вже прилаштувалася до нього.

Саме такі стани є підґрунтям для формування нового, позитивного ставлення до свого оточення та побудови конструктивних моделей поведінки. У подальших рольових іграх і міні-тренінгах вони є базовими для напрацювання нових практик спілкування з родинним та соціальним оточенням. Завдяки цій роботі попередній, ригідний, тип реагування на зовнішні та внутрішні негативні стимули змінюється на більш гнучкий і адекватний ситуації. Особистість “закриває” свій ригідний гештальт посттравматичного реагування на негативні стимули і далі спирається у постановці та вирішенні своїх нагальних життєвих завдань на засвоєні позитивні моделі поведінки.

Більш складним різновидом опанування власного негативу шляхом його прийняття є подолання внутрішніх особистісних конфліктів (Лазоренко, 2018а), зокрема конфлікту субособистостей ворога і захисника. Останній характерний для учасників бойових дій (Лазоренко, 2017), які внаслідок сильної психотравматизації інколи вдаються до суїцидальної поведінки, намагаючись таким чином знищити внутрішнього “ворога”. Цей конфлікт є суттєвим чинником

вторинної, індуктивної психотравматизації рідних і близьких комбатанта.

Людина, що дістала психотравму внаслідок участі в бойових діях, переживає дисоціацію і фрагментацію на співзалежні субособистості – ворога і захисника, які є носіями певних неусвідомлених родових програм і відповідних практик. Дисоціацію і відчуження можна розглядати як механізми розщеплення раніше цілісної особистості на окремі субособистості, що конфліктують між собою. Розщеплення цілісності зі свого боку актуалізує механізм залежності: людина знову і знову повертається до відтворення негативної субособистості, щоб знищити її чи хоча б позбавити сили шляхом витіснення в несвідоме і в такий спосіб відновити колишню цілісність (Лазоренко, 2017).

Кожна із субособистостей “тягне ковдру на себе”, тобто намагається стати головною серед інших субособистостей. Метафорично описати такий стан можна, звернувшись до відомої байки Леоніда Глібова про Лебедя, Щуку і Рака. Так само особа, що перебуває у конфлікті сама із собою, хоче, але не може керувати своїми станами. Прагнучи робити одне, вона робить зовсім інше. І хоча один із популярних запитів на психологічну допомогу звучить як прохання допомогти “розібратись”, насправді неусвідомлена потреба зовсім інша: людина хоче, аби їй допомогли “зібратися до купи”, тобто допомогли досягти нової особистісної цілісності.

Невдалі спроби опанувати наслідки травматичної події зумовлюють загострення внутрішнього конфлікту, що провокує зовнішнє протистояння. Найчастіше особа проектує свій стан на оточення, вважаючи рідних і близьких винними у своїх негараздах. Формується компенсаторне “зачароване коло” суперечливих зв’язків за моделлю драматичного трикутника С. Карпмана: “Жертва – Переслідувач – Рятівник”. Конфліктна ситуація позірно вирішується шляхом компенсаторного опосередкування – перекладання образи, вини і відповідальності за подолання суперечності на відповідні співзалежні субособистості і назовні.

Розв’язати конфлікт означає опанувати проблему залежності і співзалежності в контексті трикутника С. Карпмана, де субособистість ворога уособлює тирана/переслідувача, а субособистість захисника представляє рятівника, який захищає від внутрішнього нападника приховану субособистість жертви. Стратегічно розв’язання

конфлікту відбувається в результаті прийняття обох сторін внутрішнього конфлікту як власних невід’ємних сутнісних аспектів і досягнення завдяки цьому особистісної реінтеграції.

Щоб позитивно розв’язати конфлікт, важливо прийняти розщеплені субособистості як власні і корисні, а відтак визнати їхні конструктивні функції. На цьому етапі психолог допомагає травмованій особі, ставлячи запитання, які дають їй змогу переосмислити пережите, з’ясувати, “як не треба і як треба робити” за обставин, що актуалізують негативну субособистість.

Перший крок на цьому шляху – допомогти молодій людині асимілювати власну “ворожу”, агресивну субособистість. Складність полягає в тому, що людина, як правило, не усвідомлює і не сприймає травматичну субособистість “ворога” як свою, оскільки повністю ідентифікує її із зовнішнім ворогом. Інтегрування, присвоєння субособистості “ворога” досягається завдяки фокусуванню особи на безпосередності сприйняття таких негативних ворожих станів, як лють, злість, ненависть у власних тілесних відчуттях, усвідомлення того, що вони виникли як захисна реакція на зовнішні загрози. Це дає змогу в подальшому приймати свої негативні стани більш спокійно, з повагою і вдячністю.

Наступний крок – переміщення уваги на протилежну субособистість “захисника”, яка сприймається та переживається з такою ж повагою і вдячністю, як і субособистість “ворога”. У подальшому увага поперемінно переміщається з однієї субособистості на іншу, завдяки чому вдається досягти інтегративних позитивних станів спокою, умиротворення, сили, впевненості, легкості. За змістом ця техніка подібна до відомої із гештальттерапії техніки двох стільців і запозиченої із психодрами техніки обміну ролями.

У фасилітативному супроводі процесу реінтеграції субособистості важливо створити простір довіри, налагодити довірливий контакт із внутрішніми захистами реабілітанта, забезпечити психологічну підтримку зміни емоційних і психосоматичних станів аж до досягнення стійкого інтегративного стану. Велику роль у завершенні реінтеграційно-реабілітаційного етапу відіграє закріплення базового інтегративного стану. Конструктивна стабілізація цього стану реабілітанта досягається в процесі рольових ігор та виконання тренінгових вправ, на основі яких напрацьовуються моделі конструктивної

поведінки, практики продуктивного спілкування з близьким і зовнішнім соціальним оточенням.

Ефективне укорінення в житті реабілітантів зазначених практик забезпечують і допоміжні засоби. Це тілесно орієнтовані техніки, які сприяють налагодженню контактів та досягненню довіри між особою і психологом-фасилітатором (під час індивідуальних реабілітаційних сесій), а також з іншими членами реабілітаційної групи (під час проведення групових занять). Дихальні психотехніки допомагають концентрувати увагу на відповідних емоційних та психосоматичних станах і процесах, регулювати глибину та інтенсивність їх проживання, що сприяє кращій саморегуляції реабілітанта.

Критеріями досягнення реінтеграції розщепленої внаслідок психотравматизації особистості є суттєве послаблення посттравматичних симптомів, розладів адаптивності, досягнення та укорінення згадуваних вище базових інтегративних станів у повсякденному житті.

Наступний етап комплексу має забезпечити реадаптацію реінтегрованої особистості до життя в умовах сучасного суспільства, здійснюючи належний соціально-психологічний супровід. Такий супровід – це, власне, варіант лайф-коучингу, де головним суб'єктом є учасник курсу, а психолог виконує функції інформування, консультування, фасилітації і супервізії в разі потреби. В окремих випадках психолог може використовувати також технології наснаження, захоочення, мотивації, стимуляції для досягнення належного реадaptивного результату.

Групові технології є особливо важливими з огляду на те, що завдяки їм учасники курсу набувають навичок надання психологічної допомоги, оптимізують і закріплюють власні уміння та відпрацьовують комунікативні практики ефективного просоціального спілкування – з увагою, повагою і вдячністю до своїх партнерів по курсу. Ці навички переносяться в контексти спілкування з близьким і більш широким зовнішнім оточенням.

Поглиблення конструктивної реадaptації проблемної молоді до життя в сучасному суспільстві відбувається завдяки груповій взаємодопомозі, формуванню спільноти, зацікавленої у взаємній підтримці, збереженні набутого способу життя. Для цього використовуються різні типи просоціальних практик, а саме: індивідуально-психологічні, в яких проявляється відповідальне ставлення до самого

себе, своєї життєдіяльності і її результатів; соціально-психологічні, що зумовлюють просоціальну взаємодію особистості з близьким і зовнішнім оточенням; та духовно-психологічні, які реалізують цінності поваги, довіри, доброчинності, миролюбності, надійності, справедливості.

Отже, підвищення адаптивності проблемної молоді на цьому етапі досягається шляхом вирішення нею своїх нагальних життєвих завдань та закріплення просоціальних моделей поведінки у відповідних життєвих практиках. Життєвими завданнями проблемної молоді – носія негативних явищ у молодіжному середовищі – є: відновлення і збереження власного здоров'я; отримання роботи та досягнення матеріальної забезпеченості; розв'язання проблеми житла; здобуття освіти; відновлення або створення сім'ї; забезпечення професійного та особистісного саморозвитку. Характер адаптивності проблемної молоді суттєво залежить від усвідомленого просоціального вирішення цих завдань. Значущість і пріоритетність їх вирішення пов'язані із специфікою життєвої ситуації кожної молодої людини. Інколи їй потрібна допомога психолога для того, щоб вона цю специфіку усвідомила.

Молоді люди, які брали участь у бойових діях, передусім проблема молодь, потребують психологічної допомоги насамперед у відновленні і збереженні психологічного здоров'я, яке є основою для вирішення інших життєвих завдань та подальшого благополучного існування в сучасному суспільстві. Це завдання вирішується на першому, реабілітаційному, етапі, ядром якого є реінтеграція психотравмованої особистості.

Важливим соціальним ресурсом з погляду підвищення адаптивності проблемної особистості є супровід її з боку відповідних державних і громадських організацій. Такий супровід необхідний, коли йдеться про працевлаштування, отримання житла (якщо його немає), набуття професійної кваліфікації (якщо людина її не має). Цю функцію виконують як державні організації, зокрема центри зайнятості і центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, так і громадські: численні об'єднання ветеранів АТО, волонтерські та інші сервісні організації. Отож дуже важливо налагодити співпрацю саме із цими інституціями. Опанування майбутньої професії або робота за фахом стабілізує і впорядковує психологічний стан реабілітанта, організує його життєвий час і простір, є матеріальним підґрунтям для забезпе-

чення самостійності, соціальної адаптації та самоздійснення проблемної особистості. Не менш важливе життєве завдання, яке суттєво сприяє адаптації проблемної молоді та підвищує її адаптивність, – це збереження колишньої чи створення нової сім'ї. Сімейна облаштованість стабілізує статеву поведінку молодої людини, підвищує її соціальний статус та самооцінку.

Підвищенню адаптивності проблемної молоді значною мірою сприяє організація розгалуженої мережі груп взаємодопомоги із залученими фахівцями (медиками, психологами, соціальними працівниками) і груп самодопомоги за технологією “рівний – рівному”. Такі групи очолюють лідери з числа проблемної молоді, які мають власний позитивний досвід реабілітації та реадаптації або ж пройшли відповідне навчання і фахову підготовку. Оскільки проблемна молодь в українському суспільстві становить соціальну групу, яка потребує соціального захисту і підтримки, то для забезпечення психологічного здоров'я та соціального благополуччя її представників слід дівіше допомагати їй у створенні власних громадських об'єднань. Мета таких об'єднань – захист прав та забезпечення інтересів молоді у вирішенні її соціальних проблем у рамках чинного законодавства і заохочення до посідання активної просоціальної громадянської позиції.

Важливим засобом підвищення адаптивності проблемної молоді є навчання її психотехнологій самодопомоги. До таких психотехнологій належить засвоєння навичок застосування ефективних копінгів щодо власних стресових реакцій, негативних станів та психологічних проблем. Призначення копінгу в тому, щоб допомогти особистості якнайкраще адаптуватися до вимог проблемної життєвої ситуації – оволодіти нею, послабити або пом'якшити її вплив. До найбільш ефективних копінг-стратегій належать стратегії пошуку соціальної підтримки, залучення соціальних та особистісних ресурсів, зокрема опора на власний оптимізм та самоефективність. Також це поведінкові стратегії забезпечення самоконтролю в ситуаціях, коли він перебуває під загрозою. Важлива роль належить також проблемно-фокусованим копінг-стратегіям, спрямованим на прийняття рішень і здійснення конкретних дій для подолання наслідків психотравматичних ситуацій. Важливо навчитися працювати зі складними ситуаціями, зберігаючи оптимізм, соціальний зв'язок с іншими і життєвий тонус (Lazarus, Folkman, 1991; Копинг, 2018). Доцільним з

погляду розвитку адаптивності є також навчання реабілітантів таких способів саморегуляції негативних станів, як аутотренінг, медитативні та арттерапевтичні психотехніки (Баришполець, 2010).

Слід зазначити, що в окремих випадках реадаптації проблемної молоді власне психологічної допомоги і самопомоги буває недостатньо, і тоді вже йдеться про необхідність психіатричного лікування, фізичної реабілітації, соціальної допомоги і юридичного супроводу, які мають надаватися відповідними фахівцями.

Процес реінтеграції особистості не завжди є прямолінійним й одноразовим. Його перебіг може ускладнюватися рецидивами – поверненням до попередніх травматичних психологічних реакцій та асоціальних моделей поведінки. Тому одне із важливих завдань супроводу – опрацювання рецидивів проблемної поведінки реабілітантів. У таких випадках доцільним є прийняття та переживання повторних травматичних станів відповідно до розглянутих вище реабілітаційних технологій. Допомогти в опрацюванні рецидиву може, зокрема, і модель зміни залежної поведінки (Prochaska, DiClemente, Norcross, 1992). Також важливо подбати про профілактику рецидивів у молодих людей, у яких за результатами діагностичного етапу було виявлено схильність до проблемної поведінки. Така профілактика здійснюється за допомогою технології проживання станів, що актуалізують ці моделі поведінки.

Доцільним є комплексний, мультидисциплінарний супровід цього процесу як фахівцями, так і організаціями. Такий супровід має поєднувати допомогу психолога, медика, соціального працівника, юриста. Особливо важливим для підвищення адаптивності проблемної молоді є сприяння, як уже зазначалося вище, в організації розгалуженої мережі груп взаємодопомоги у двох основних форматах: перший – із залученими фахівцями (медиками, психологами, соціальними працівниками), другий – створення груп самопомоги на засадах принципу “рівний – рівному”, які очолюють лідери з числа учасників, котрі мають власний позитивний досвід реабілітації та реадаптації, пройшли відповідне навчання і фахову підготовку в центрах ресоціалізації. У роботі з проблемною молоддю, схильною до ризикової поведінки, важливо поширювати (за згаданим принципом “рівний – рівному”) життєвий успіх тих, кому вдалося досягти позитивних результатів відновлення, хто має позитивний досвід виходу із складних життєвих ситуацій.

За результатами реалізації реабілітаційно-реадаптаційного комплексу з надання психологічної і соціально-психологічної допомоги проблемній молоді можна виокремити *критерії адаптивності проблемної особистості* до умов сучасного українського суспільства. Базовими є такі критерії:

- внутрішня зінтегрованість, цілісність особистості;
- дотримання особою загальних норм суспільного життя, повага, доброзичливість і толерантність у спілкуванні з близьким та зовнішнім соціальним оточенням;
- дотримання правових норм суспільства, усвідомлена неможливість їх порушення;
- працевлаштування, що дає змогу забезпечити власний і сімейний добробут;
- відновлення/створення та збереження задовільних сімейних і родинних стосунків.

Серед додаткових критеріїв слід назвати:

- успіхи у професійному зростанні;
- підвищення освітнього рівня;
- участь у розбудові громадянського суспільства та Української держави (перш за все на місцевому рівні).

Як показав наш практичний досвід, набутий завдяки супроводу учасників Чернігівської школи соціально-психологічної допомоги, особливо ефективним у роботі з учасниками (хто цього потребував) було надання психологами та лідерами групи очних і дистанційних індивідуальних консультацій, проведення супервізійних консультацій з використанням електронних засобів зв'язку, таких як телефон, скайп, месенджери (Вайбер, Фейсбук). Ефективною виявилася також робота волонтерської групи самопомоги, яка зорганізовувалась і проводилася самими учасниками за їхньою потребою.

Ефективності психосоціального відновлення учасників школи сприяли також прояви творчої ініціативи самих учасників. Це стосується створення групи “Ми сильніші Разом” (2018) у соціальній мережі для взаємопідтримки учасників Школи та обміну досвідом між ними щодо поглиблення і вдосконалення набутих навичок за допомогою сучасних інформаційних інтернет-технологій. Підвищенню реабілітаційного ефекту сприяло також проведення представницької заключної конференції по закінченні навчального курсу, вручення

сертифікатів учасникам Школи та подяк лідерам – організаторам Школи з числа ветеранів АТО і волонтерів.

Важливим аспектом цього реадaptaційного етапу є перевірка ефективності досягнутих результатів. Така перевірка здійснюється в процесі заключного тестування учасників. У ветеранів АТО на початку курсу основними запитами були стабілізація психологічного стану і допомога передусім собі. У результаті участі в заняттях Школи у них помітно зменшилася кількість проявів симптомів ПТСР та знизилися показники порушень адаптивності. Згідно із самооцінкою учасників Школи покращилася, відповідно, і якість їхнього життя, стабілізувався психологічний стан (“навчився контролювати себе, став не таким замкнутим у собі”; “перестав бути категоричним”; “ставлення до батьків, дружини покращилося помірно/значно”; “почав розуміти, що потрібно дати лад передусім собі”; “відчув моральну допомогу дружини”; “почав більше цінувати сім’ю”). Значна частина ветеранів АТО висловила впевненість, що зможе й далі користуватися набутими навичками самопомоги і допомагати своїм близьким.

Позитивні зміни психологічних станів та якості життя відзначили також волонтери. Серед їхніх запитів на початку занять здебільшого були такі: “вийти з депресії”, “підвищити кваліфікацію”, “навчитися більш якісно допомагати бійцям, а також стабілізувати свій психологічний стан”. Навчання у Школі дало свої позитивні результати: у волонтерів зменшилися прояви симптомів ПТСР та знизилися показники порушень адаптивності. У цілому вони зауважили позитивні зміни щодо якості свого життя: “покращився фізичний і психологічний стан”, “стала спокійнішою, більш урівноваженою”, “адекватніше реагую, скоріше відновлююсь”. Волонтери переконані, що після завершення занять вони зможуть використовувати набуті навички самопомоги, надавати підтримку своїм рідним, близьким і всім, хто її потребує.

Основними запитами внутрішньо переміщених осіб – учасників Школи – були “стабілізація психологічного стану” і “допомога собі”. Результати дослідження відобразили в цілому позитивну динаміку. Так, помітно зменшилися прояви посттравматичних стресових станів і показники порушень адаптивності. По закінченні занять для ВПО ті учасники Школи, які зазначили, що їхній фізичний стан поліпшився “помірно/значно”, говорили про зменшення спазмованих

зон у тілі, про покращення сну. Ті, чий психологічний стан поліпшився “помірно/значно”, зазначали, що “навчилися керувати емоціями і внутрішніми станами”, що у них з’явилася рівновага, упевненість, вони стали емоційно спокійнішими. Ті, хто відчув “значне/помірне” покращення стосунків із близьким оточенням (ставлення до батьків, чоловіка, дітей), визнавали, що їхні стосунки стали більш довірливі, доброзичливі і що завдяки технікам саморегуляції вони навчилися налагоджувати контакти з власними дітьми, стали більш спокійними, менш конфліктними, а близькі почали їх краще розуміти. На запитання “Чи зможете Ви користуватися набутими навичками самодопомоги, допомагати своїм рідним і близьким, своїм друзям, колегам і тим, хто цього потребує?” усі вони відповіли ствердно – “так”.

Середовище проблемної молоді, на жаль, постійно поповнюється за рахунок дітей і підлітків, яким не вистачає ресурсів для конструктивного переживання наслідків психотравм. Тому важливим напрямом роботи із запобігання поширенню проблемності в молодіжному середовищі є профілактика психотравматизації дітей і підлітків в умовах тривання воєнних дій у країні. У зв’язку із цим хотіли б звернути увагу на розроблену нашими колегами Ю. Гундертайло і Ю. Чаплінською Психологічну програму “Діти і війна. Техніки зцілення”. Як показує досвід, у практичній організації профілактичних заходів доцільно брати до уваги дію соціально-психологічних механізмів індукції, зараження, наслідування, які зумовлюють поширення психотравматизації в підлітковому та дитячому середовищі як через родинні стосунки, так і через спілкування з однолітками. Варто пам’ятати про те, що профілактика психотравматизації серед підростаючого покоління є менш витратною для держави і суспільства, ніж психокорекція та усунення деструктивних наслідків асоціальної поведінки.

Проведені дослідження соціально-психологічних чинників порушення стресостійкості дітей, що проживають у буферній зоні воєнного конфлікту на сході України, показали, що спільними стресогенними чинниками для всього загалу опитаних дітей був не лише страх війни, а й конфлікти, сварки в сім’ї (Соціально-психологічні чинники..., 2016; Psychosocial problems..., 2017). У різних вікових групах називалися такі стресогенні чинники, як “батьки сваряться, багато розлучень”, “не вистачає часу на спілкування батьків із дітьми”, “страх насильства – батьки б’ють дітей”, “батьки пиячать”.

Згідно з результатами опитування ключових інформантів, батьків і фахівців найчастіше сварки в сім'ї виникають через матеріальну нестабільність і нестачу грошей. Цей контекст, у якому сьогодні живуть наші громадяни, загострює психосоціальні проблеми сімей. Фахівці відзначають також низьку психологічну культуру батьків, а саме їхнє невміння і небажання спілкуватися одне з одним, нездатність досягти взаєморозуміння, сімейні зради, пияцтво. Негаразди в сім'ї породжують напружені стосунки, подальші сварки, розлучення, сирітство дітей, а відповідно, порушення дитячої психіки, прояви агресії, жорстокості і насильства.

Діти, які проживають у буферній зоні, потерпають через страх війни, зумовлений інформацією в ЗМІ, близькістю до зони бойових дій, можливістю втрати близьких, страхом смерті. Зі страхом війни пов'язані підвищена тривожність, страх залишатися на самоті, інші фобії, поганий сон, відстороненість від людей. Серед симптомів страху війни також погана успішність в школі та бажання уникати теми війни.

Для дітей, що переживають страх війни, характерні невротичні розлади та посттравматичні стани, внутрішня напруженість, тривожність й агресивність, розладнання стосунків, недовіра до людей. Коли не вживається вчасно ефективних профілактичних заходів, усе це стає плідним підґрунтям для формування у таких дітей небезпечних розладів особистості та посилення загрози щодо поповнення категорії проблемної молоді в найближчому майбутньому.

Щоб максимально нівелювати дію чинників психотравматизації, посилити психосоціальну стресостійкість і підвищити адаптивність дітей та підлітків, важливо систематично проводити заходи щодо підвищення кваліфікації фахівців, які працюють з ними, створювати супервізорські групи із числа досвідчених фахівців та проводити інтервізійні групові заняття по обміну досвідом. При цьому слід обов'язково враховувати вікові та психологічні особливості дітей та підлітків, специфіку їхнього родинного оточення. Зрозуміло, що потрібно систематично працювати не лише з дитиною, а й з усією сім'єю.

Допомагаючи дітям опанувати страх війни, слід враховувати специфіку різних форм цього страху: страх військових, страх зброї, страх за долю батьків, за своє і їхнє життя. Шкільні психологи, психологи центрів соціальних служб для молоді, інші державні та гро-

мадські організації повинні надавати адресну психологічну допомогу дітям і підліткам, які переживають такі страхи, навчати їх навичок самопомоги, а їхнім батькам рекомендувати приділяти більше уваги своїм дітям, зокрема проводити з ними більше часу. Важливо також навчати дітей та підлітків правильної поведінки в екстремальних ситуаціях та проводити відповідну роз'яснювальну роботу і психологічну просвіту з їхніми батьками.

Головні умови забезпечення належної профілактики поширення психотравматизації особистості в дитячому та підлітковому середовищі в сучасних умовах – це налагодження і зміцнення гармонійних стосунків дітей і підлітків з батьками і суспільством, тобто створення належних умов для функціонування сім'ї та взаємодії її членів, віднаходження дієвих засобів подолання станів відчуженості між ними, опанування розгубленості, самотності дітей і молоді, пов'язаних із переживанням впливу воєнних подій. Необхідно допомагати дітям і підліткам оволодівати цікавими для них сучасними засобами психоемоційної саморегуляції власних психічних станів. Щоб підвищити адаптивність дітей і підлітків, слід збільшити критичну масу профілактичних проєктів. Це дасть змогу отримати “ефект ланцюгової реакції” в їхньому середовищі. Не менш важливо поширювати технологію “рівний – рівному”, постійно дбати про систематичність, послідовність і наступність профілактичної роботи, її повторюваність для нових поколінь дітей та підлітків. У зв'язку із цим слід активізувати підготовку та перепідготовку шкільних психологів і класних керівників, психологів системи центрів соціальних служб для молоді, фахових психологів, волонтерів старшого покоління, що мають відповідний досвід роботи з дітьми та підлітками, членів громадських організацій з метою вдосконалення їхніх навичок психологічної допомоги учням, дітям та підліткам у знятті стресових напружень.

Одним із дієвих засобів підвищення адаптивності дітей та підлітків в умовах тривання воєнних дій у країні є суб'єктна профілактика негативних явищ. Її фокусом є розвиток особистісних ресурсів, просоціальних якостей дітей та підлітків, у тому числі лідерських компетенцій, різнобічних здібностей та умінь, необхідних для конструктивного спілкування й порозуміння, уникнення конфліктів. Така профілактика передбачає реалізацію комплексу соціально-психологічних, медичних, правових, спортивно-оздоровчих, інфор-

маційно-просвітницьких та культурно-виховних практик, спрямованих на розвиток особистого потенціалу дитини. Метою профілактики є набуття дітьми та підлітками вмінь саморегуляції, опанування ними способів усвідомлення власного життєвого досвіду, скеровування підростаючого покоління на здоровий спосіб життя та ефектвне самоздійснення. Ефективність суб'єктної профілактики залежить не тільки від фахівців, психологів, педагогів, медичних, соціальних працівників, але значною мірою від лідерів дитячих і підліткових спільнот та організацій. Діти-лідери підліткових і юнацьких громадських організацій завдяки використанню соціально-психологічної технології “рівний – рівному” мають стати провідними суб'єктами провадження суб'єктної профілактики в юнацько-молодіжному середовищі.

Висновки до розділу

Надання психологічної допомоги проблемній молоді в реабілітації та подальшій соціальній реадaptaції передбачає використання апробованого реабілітаційно-реадaptaційного комплексу, який включає чотири блоки.

Перший діагностичний блок дасть змогу практичним працівникам з'ясувати наслідки переживання проблемною молоддю травматичних подій, визначити наявність посттравматичних стресових станів, прояви порушень адаптивності особистості та допомогти реабілітантам здійснити адекватну самооцінку якості свого життя.

Другий блок технологій допоможе залучити проблемну молодь до участі в реабілітаційному курсі, а також застосувати технології реінтеграції особистості та розв'язання її внутрішньоособистісних конфліктів. Результатом має стати трансформація і засвоєння негативного змісту травматичних подій як позитивного досвіду та стимулу до особистісного зростання.

Третій технологічний блок зосереджує увагу на реадaptaції реінтегрованої особистості до сімейного-родинного та соціального оточення. Технології цього блоку допоможуть учасникам реадaptaційного курсу напрацювати комунікативні практики та успішно визначити й реалізувати свої життєві завдання. Практичні працівники,

які скористаються цим комплексом, також зможуть оцінити отримані учасниками курсу результати особистісного відновлення.

У четвертому блоці поєднано засоби профілактики психотравматизації дітей та підлітків, що базуються на концепції суб'єктної профілактики. Використовуючи ці техніки, практичні працівники зможуть допомогти постраждалим родинам зміцнити позитивні сімейні зв'язки, зокрема покращити стосунки батьків і дітей, надати фахову допомогу дітям і підліткам в опануванні страхів і стресових станів, пов'язаних із впливом наслідків травматичних подій на їхню психіку та поведінку.

Практичні завдання

Ознайомтесь із запропонованим діагностичним комплексом. На початку роботи проведіть опитування учасників психокорекційних сесій за допомогою адаптованого для української популяції Переліку симптомів ПТСР. Шляхом обчислення шкал визначте групи з низькими, середніми та високими показниками схильності до ПТСР.

Далі, використовуючи Багаторівневий особистістний опитувальник “Адаптивність” А. Г. Маклакова і С. В. Чермяніна, проведіть опитування учасників, щоб виявити в них порушення адаптивності. Порівняйте результати і сформуєте три групи учасників – з низькою, середньою та високою схильністю до ПТСР та порушень адаптивності. Правильне комплектування груп допоможе вам сформувати внутрішні зв'язки між ними для створення паралельних взаємодій; при цьому використання методики “Рівний – рівному” передбачає, що більш стабільні учасники допомагатимуть учасникам з низькими і середніми показниками.

Скористайтеся діагностичним комплексом повторно вже після закінчення психокорекційних занять. Опитувальник самооцінки змін якості життя слід використовувати на фінальному етапі дослідження.

РОЗДІЛ 4

ТЕХНОЛОГІЇ ВІДНОВЛЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ РЕСУРСІВ ЖИТТЄЗДАТНОСТІ ОСОБИСТОСТІ, ЩО ПЕРЕЖИВАЄ НАСЛІДКИ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ

4.1. Структура реабілітаційних ресурсів життєздатності особистості

Сучасне українське суспільство останнім часом опинилось у полоні цілої низки загрозливих подій і пов'язаних з ними згубних наслідків, що завдають психологічної травматизації особистості, руйнують її звичний спосіб життя, породжують відчуття безнадійності, страху та зневіри. Через соціально-політичну нестабільність у країні значно зросла частка населення, ураженого такими небезпечними симптомами психологічної травматизації, як ПТСР, депресія, дезорієнтація, втрата сенсу життя тощо. До найбільш уразливих верств населення, яке потребує невідкладної психологічної допомоги, належать передусім комбатанти, ВПО та особи, що мешкають на тимчасово окупованих територіях. За таких прикрих обставин певного оптимізму додає усе ж те, що з 2013 року невпинно зростає частка населення, яке, приймаючи виклики загрозливої соціально-політичної реальності, демонструє неабияку сміливість, наполегливість та мужність. Отже, травматичні події, що зазвичай мають руйнівні наслідки для особистості, за певних умов можуть сприяти мобілізації її ресурсів, а отже, ефективному подоланню наслідків надзвичайних, травматичних ситуацій.

Зважаючи на стрімкі трансформаційні процеси в нашому суспільстві, в умовах необхідності щодня захищати соціально-

економічний та політичний простір країни особливого значення набуває дослідження ресурсів життєздатності особистості, які дають змогу людині формувати необхідні навички психологічного відновлення та самореабілітації. Життєздатність як предмет вітчизняного наукового пізнання є порівняно новою категорією. Піонером у дослідженні ризику та стійкості людини був Норман Гармезі, який зосереджував свою увагу на особливостях прояву стійкості в процесі адаптації дітей до негативних життєвих обставин та стресового середовища (Гармезі, 1991).

У науковому доробку радянського періоду проблема життєздатності також знайшла своє висвітлення; одним із перших на неї звернув увагу у своїх працях Б. Г. Ананьєв. Як провідну якість, притаманну людям-довгожителю, дослідник визначив тривале збереження загальної працездатності, тому що в діяльності людини її основні ресурси та резерви не тільки реалізуються, а й відтворюються (Ананьєв, 2010).

Сьогодні більшість моделей життєздатності базується на отриманих експериментальних даних та результатах лонгitudних досліджень ресурсів позитивної адаптації людини. У центрі – роль здорової особистості, сила духу, “феномен свідомого оптимізму” (М. Селігман), такі зрілі способи захисту, як альтруїзм, здатність не вимагати миттєвої винагороди за добрі справи, турбота про майбутнє, гумор (Дж. Вайн), стійкість мислення (Е. Гротберг), когнітивна гнучкість та флексибільність особистості (В. Кнаус, Ю. А. Корольов). У поняттєве поле феномена життєздатності потрапляє досить широкий спектр психологічних ресурсів людини: посттравматичне зростання (R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun, S. Joseph & P. A. Linley), трансформаційний потенціал особистості (М. Ш. Магомед-Емінов), життєстійкість (D. Khoshaba, S. Maddi), здоровий копінг (Г. С. Нікіфоров), проактивне опанування (О. С. Старченкова, Е. R. Greenglass).

Через різноманітність підходів досі немає, на жаль, єдиного, однозначного тлумачення життєздатності. В англійській науковій літературі спорідненим до життєздатності терміном є “resilience”, що означає динамічний процес позитивної адаптації людини до негараздів, її пружність та еластичність. Американські психологи розглядають “resilience” як таку якість людини, яка дає їй змогу, незважаючи на життєві труднощі, стати ще сильнішою, ніж вона була раніше. Головними ознаками резилентності (життєздатності) є позитивне

ставлення, оптимізм, здатність регулювати свої емоції та здатність сприймати невдачу як форму корисного зворотного зв'язку, життєрадісність, оптимізм, працездатність. Отже, вивчаючи резилентність, дослідники зосереджують увагу на виявленні та описі характеристик особистості успішних людей, які стали такими попри складні, несприятливі обставини, які успішно адаптувалися до потенційно травматичних умов життя.

Інтерес науковців до проблеми життєздатності людини з року в рік зростає. Українські психологи визначають життєздатність як змістову характеристику саногенного потенціалу особистості, здорового розвитку особистості, як здатність управляти ресурсами власного здоров'я соціально прийнятними способами (Осадько, 2014). Досліджуючи соціально-психологічні особливості постановки життєвих завдань щодо психологічного здоров'я, Ж. В. Сидоренко (2011) визначає, зокрема, такі критерії життєздатності: ціннісне ставлення до здоров'я; життєстійкість; суб'єктність, здатність людини до цілепокладання; прогностичність; позитивне мислення; задоволеність життям, емоційне благополуччя.

Аналізуючи поняття “життєздатність”, російський психолог О. В. Махнач (2016) підкреслює міждисциплінарний характер цього поняття, що розкривається в площині багатьох наукових галузей, зокрема психології, філософії, кібернетики, соціальних та медичних наук. Розглядаючи зміст життєздатності в межах соціально-психологічної парадигми, дослідник звертає увагу на динаміку вивчення цього феномена в сучасній, психології: від життєстійкості – до життєздатності; від адаптації – до опанування; від особистісних аспектів – до соціально-психологічних досліджень; від системних пошуків – до метасистемних побудов.

Як і більшість дослідників, ми вивчаємо життєздатність як реабілітаційний ресурс психологічного здоров'я та благополуччя людини, що дає їй змогу протистояти руйнівним наслідкам травматизації, утримувати необхідну мотивацію до самозцілення та самовідновлення. На думку Т. М. Титаренко (2015), відновлення ресурсів життєздатності особистості, що переживає наслідки травматичних подій, може значно підвищити її здатність раціонально планувати майбутнє та ефективно діяти в складних, змінюваних умовах життя. Пошук ресурсів самозцілення та самовідновлення, що полегшують повернення людини до нормального життєконструювання, став основою

розроблення дієвих соціально-психологічних технологій реабілітації особистості. За Т. М. Титаренко, саме реабілітація допомагає особистості досягти оптимального життєконструювання.

Предметом нашого дослідницького інтересу стали ресурси життєздатності людини, які виконують реабілітаційну функцію (рис. 4.1). За критерії оцінювання потенціалу реабілітаційних ресурсів життєздатності особистості було взято: амортизацію впливу сильного стресу; акумуляцію ресурсів опанування та копінг-стратегій; оптимізацію реалізації життєвих завдань; здатність керувати ризиками (Ларіна, Сидоренко, 2018).

Першу групу реабілітаційних ресурсів життєздатності утворюють *ресурси життєстійкості*. Відомо, що життєстійкість амортизує вплив сильного стресу (Bonanno, 2004) і є тим особистісним ресурсом, який великою мірою дає особистості змогу вибудовувати життєві перспективи і ставити життєві завдання з позиції екологічного (свідомого) самоздійснення. Найбільш впливовим чинником екологічного самоздійснення життєстійкої молоді ми вважаємо цінності психологічного здоров'я, завдяки яким вектор особистісного саморозвитку вдається утримувати в напрямку бажаної якості життя.

Розвинена життєстійкість зумовлює вибір певних стратегій розподілу особистісних ресурсів під час постановки та реалізації життєвих завдань, а саме: спрямованість самоздійснення на здобуття освіти та побудову кар'єри; економний розподіл суб'єктної активності під час реалізації життєвих завдань; утримання балансу між насиченістю життєвих завдань і часом їх реалізації. Така стратегія розподілу особистісних ресурсів має реабілітаційний потенціал у ситуаціях з підвищеним рівнем травматизації. Завдяки екологічному ставленню до власних особистісних ресурсів життєстійка людина більш позитивно ставиться до конструктивних трансформаційних процесів та здатна зберігати емоційну пружність. Завдяки життєстійкості людина стає здатною більш ефективно використовувати ресурси структурування та моделювання власного майбутнього.

Нестача ресурсів самопрогнозування, структурування та планування майбутнього часто перешкоджає ефективному самоздійсненню особистості, зумовлюючи зростання тривоги і страху перед можливими змінами в житті. Обмеженість ресурсів самопрогнозування може утримувати людину в теперішньому, а іноді навіть у минулому, стримувати її особистісне зростання, так би мовити, “закри-

вати” для неї майбутнє. Коли людина стикається з потенційно травматичною ситуацією, акумуляція ресурсів прогнозування і структурирування майбутнього створює, на нашу думку, певний захисний “буфер”, що пришвидшує відновлення функцій життєвого планування та повернення до нормального вибудовування власного життя.

Окремим особистісним реабілітаційним ресурсом є *копінги*, які підтвердили свою дієвість з погляду подолання життєвих труднощів. Як відомо, різні ситуації вимагають застосування різних стратегій опанування, а зберегти здоров’я та адаптуватися за складних життєвих обставин вдається завдяки розподілу ресурсів, які впливають на копінгову поведінку особистості (Hobfoll, 1996). У подоланні травми провідну роль відіграє не так наявність ресурсів опанування, як здатність людини узгоджувати ресурси власного психологічного здоров’я, розвиваючи власну мужність та впевненість щодо конструктивного подолання стресу.

Потужний відновлюваний ефект досягається завдяки таким соціально-психологічним ресурсам життєздатності, як діалогічне спілкування, підтримувальна поведінка та здатність керувати ризиками.

Спілкування є важливою потребою особистості як суспільної істоти. Ця потреба зумовлена способом її буття та необхідністю взаємодії. Людина, залучена в мережу довіри та взаєморозуміння, значно легше переживає травматичні події. Такий ресурс соціальної підтримки та допомоги, як “відчуття ліктя”, сприяє збереженню психологічного здоров’я у складних ситуаціях. Відчуття підтримки людина отримує завдяки спільноті, членом якої вона є. Спочатку це родина, гуртки за інтересами, потім – шкільний і навчальний колектив, згодом – професійне середовище, громадська організація тощо.

Сьогодні способи задоволення потреби в спілкуванні поступово модифікуються та набувають усе більш різноманітних форм. Стрімкий розвиток інтернет-мережі та онлайн-сервісів актуалізує, крім вербальної і невербальної форм спілкування, різноманітні види листування – від коротких смс-повідомлень до онлайн-ого щоденника. Отже, розширення комунікативного та інформаційного простору людини, яке відбувається, зокрема, внаслідок розвитку нових інформаційних технологій, створює умови для розвитку діалогічного спілкування та набуття навичок *соціальної підтримки*. Яскравим прикладом потужності й значущості підтримувальної поведінки

як соціально-психологічного ресурсу життєздатності стали події Євромайдану. Багато дослідників вважають, що винятково важливу роль під час Євромайдану відіграло неупереджене висвітлення інформації в онлайн-медіа та постійний зв'язок між учасниками Майдану в соціальних мережах. Інтернет сприяв підвищенню громадської активності та швидкому налагодженню мережевих зв'язків (Поліщук, 2013).

Мабуть, саме завдяки унікальній практиці соціальної підтримки та національної єдності, проявлених громадянами під час Революції Гідності, травматичний досвід тривалого воєнного конфлікту не призвів до колапсу та анархії. За висновками Національного інституту стратегічних досліджень, події листопада 2013-го – лютого 2014 року привертають увагу як приклад “показового вияву громадянської самоорганізації”, мобілізації у вигляді “українських громадянських практик”, а саме волонтерського руху (Волонтерський рух..., 2015). Отже, комунікативна практика соціальної підтримки, яка актуалізувалася під час революційних подій 2013–2014 років, має реабілітаційний зміст, оскільки, з одного боку, підтримує діалогічність спілкування, а з другого – дає особистості змогу забезпечити власний життєвий простір, дістати необхідну підтримку, розуміння та допомогу.

Ще одним соціально-психологічним ресурсом життєздатності можна вважати *керування ризиками*. Реабілітаційний ефект здатності керувати ризиками закладено в самій природі проактивної соціальної регуляції. Проактивність характеризується тим, що, по-перше, ризик інтегрується в життєвий простір людини та сприймається нею як виправданий та усвідомлюваний; по-друге, від мінімізації ризиків залежить успішність самопізнання особистості та її самопобудови в процесі життєконструювання, прийняття відповідальності за безпеку власного життя, упорядкування власного життєвого простору.

За складних життєвих обставин, у ситуації неминучої травматизації особистість зазвичай вдається до стабілізаційних практик. Останні відображають її здатність виходити за межі ситуаційних обмежень, а іноді ставити цілі, що передбачають перевірку особистісних якостей та можливостей, випробування себе та вияв ініціативи. Отже, експериментуючи з практиками впливу на ризик задля збереження екології власного життя, особистість здатна трансформувати власний травматичний досвід у ресурс самоорганізації та самоздійс-

нення, що сприяє актуалізації завдань самопізнання та сенсопобудови.

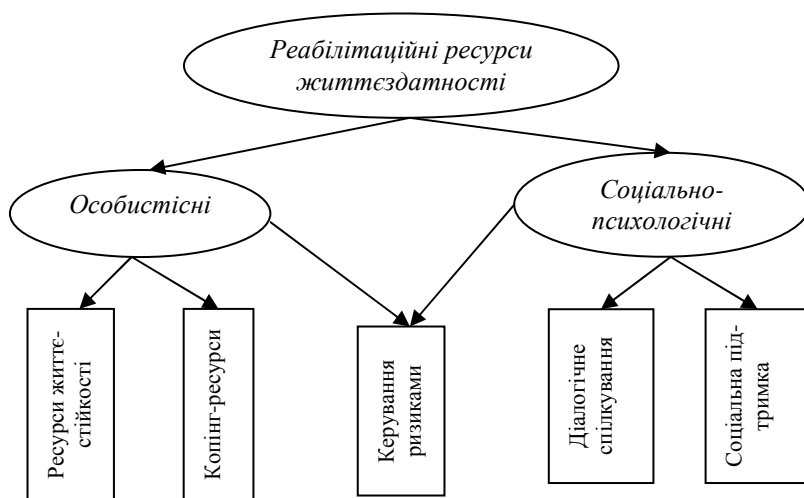


Рис. 4.1. Структура реабілітаційних ресурсів життєздатності особистості

На основі дослідження наслідків революційних подій Євромайдану ми визначили ресурси життєздатності особистості, що актуалізуються під час потенційно травматичних подій:

- оптимістичне ставлення до суспільно-політичних трансформацій;
- готовність зайняти активну громадянську позицію, що, зокрема, виявилось у контрольованій пильності;
- толерантність до ризику, контроль над ризиками; прагнення захистити те, що є, зберегти власні життєві позиції; бачення перспектив подальшої реалізації життєвих планів;
- пошук підтримки в колі сім'ї та родичів.

Як краще розподіляти ресурси життєздатності в складних умовах?

Було визначено три найбільш поширені форми організації життєвого простору особистості:

– *відкрите протистояння*, що виявляється в конфронтаційних навичках, готовності до ризику, відстоюванні активної громадянської позиції;

– *контрольована пильність*, про яку свідчить прийняття відповідальності за розв’язання проблемної ситуації, вияв навичок самоконтролю, стримання безпосередньої протидії;

– *терпіння* як здатність стримувати дію руйнівних чинників завдяки вмінню бачити аспекти власної успішності в багатьох сферах життєдіяльності.

Дієвість кожної із цих форм організації життєвого простору залежить від:

– специфіки травматичних обставин (може бути пов’язана зі смертю, загрозою смерті, тяжким пораненням тощо);

– характеру небезпеки (стосується безпосередньо людини; особа стає свідком поранення чи смерті; небезпека загрожує значущим особам; небезпека загрожує незнайомій людині);

– природи стресора (стихійні лиха, техногенні катастрофи, диверсії, терористичні акти, тортури, масове насильство, бойові дії, потрапляння в заручники, руйнування власної домівки тощо);

– тривалості травматизації.

Для відновлення психологічного здоров’я особистості та швидкого повернення її до нормального життєконструювання після травми неабияке значення має той наявний реабілітаційний резерв особистості, який було накопичено протягом життя людини.

Ми визначили провідні реабілітаційні резерви для молоді і людей зрілого віку. Для вікової групи 17–34 років акумуляція реабілітаційного ресурсу життєздатності особистості відбувається за рахунок рішучості як здатності до мобілізації в екстремальних, нестандартних умовах, за рахунок відчайдушності, здатності сміливо приймати рішення, безстрашно дивитися в очі небезпеці. У віковій групі 35–80 років ресурси життєздатності відтворюються за рахунок оптимістичності та відповідальності. Людина випромінює життєрадісність, живе сподіваннями на краще, не відчуває страху перед несподіванками в майбутньому. Вона також здатна самостійно будувати плани та вірить у можливість їх здійснення, здатна докладати багато зусиль, аби досягти запланованого; не сподівається на допомогу інших; упевнена, що успіх є результатом її наполегливої праці і мало залежить від випадку або везіння.

Вагомим реабілітаційним резервом особистості є також рівень її освіти. Люди з вищою освітою, стикаючись із життєвими труднощами, частіше вдаються до проблемно-орієнтованих копінг-стратегій, а саме до пошуку соціальної підтримки, планування вирішення проблеми та її позитивної переоцінки (зосереджуються на зростанні власної особистості).

Психологам-практикам, що працюють з постраждалими, варто враховувати і статеві відмінності. Чоловікам зазвичай бракує ресурсів переосмислення та саморозвитку, тобто вони гірше переінтерпретують ситуацію і власну роль у тому, що сталося. Жінки успішніше володіють таким копінгом, як позитивна переоцінка. Стикаючись із труднощами, вони докладають більше зусиль, ніж чоловіки. Крім того, жінки, як правило, спрямовані на позитивну переоцінку ситуації та готові фокусуватися на власному розвитку.

Отже, реабілітаційні ресурси життєздатності особистості є тим внутрішнім енергетичним резервом кожної людини, що зменшує ризик розвитку негативних посттравматичних розладів, забезпечує стійкість і цілісність життєвого світу, додає оптимістичності щодо збереження власного психологічного здоров'я і дає надію на досягнення благополуччя в майбутньому.

4.2. Технології відновлення ресурсів життєздатності особистості

Реабілітаційна робота з особами, що зазнали тривалої травмизації, спрямована на відновлення втрачених або не набутих у процесі соціалізації ресурсів здоров'я, зокрема психологічного. Сьогодні найбільшу ефективність демонструє технологічний підхід до соціально-психологічного відновлення особистості, специфікою якого, за Т. М. Титаренко, є органічне поєднання процедурних та ціннісно-сміслових моментів на трьох послідовних етапах реабілітації: підготовчому, базисному і підтримувальному (профілактичному).

Оскільки ресурси життєздатності особистості є капіталом благополуччя та психологічного здоров'я людини, накопичення й зміцнення якого амортизує вплив травматичного стресу та пришвидшує повернення особистості до нормального життєконструювання, то

застосування технології відновлення ресурсів життєздатності буде доречним на різних етапах соціально-психологічної реабілітації. Відповідні технології розробляються з метою реконструкції соціально-психологічних ресурсів життєздатності та коригування антистресових навичок особистості.

Щоб спланувати оптимальну реабілітаційну програму, яка б враховувала з погляду чинників захисту й ризику як зовнішні, так і внутрішні ресурси людини, розгляньмо такі основні аспекти:

1. Особливості травматичної події (специфіка травматичних обставин, характер небезпеки, природа стресора і тривалість травмизації).

2. Біографічні дані особи (вік, стать, освіта та ін.).

3. Соціальне оточення (родина, друзі, інтернет-спільноти, громадські об'єднання, професійні колективи та ін.).

Основними чинниками ризику є:

– загроза життю, фізичному або психічному здоров'ю людини, її близькому оточенню;

– загроза реалізації життєвих планів, мрій та бажань;

– загроза ефективній комунікації (несприятливе соціальне оточення, деструктивна, дисфункціональна сім'я, сумнівні знайомі, у тому числі в інтернет-мережі, членство в асоціальних неформальних об'єднаннях).

Відповідно, основними чинниками захисту слід вважати:

– оптимістичність та пильність;

– соціальну активність, активну життєву позицію;

– сприятливе соціальне середовище (підтримувальна поведінка сім'ї, родини, друзів та ін.).

Залежно від розподілу чинників ризику і чинників захисту реабілітаційна робота з тими, хто потребує психологічної допомоги, має свою специфіку. Так, якщо в людини не виражені чинники захисту, відновлювати ресурси життєздатності мають фахові працівники психологічної допомоги. Утім, якщо простежується хоча б один із захисних чинників, техніки реконструкції реабілітаційних ресурсів можуть застосовуватися широким колом осіб (від волонтерів і соціальних працівників до постраждалих, якщо вони вмотивовані на швидше відновлення і повернення до нормального життя).

Отже, *технологія відновлення ресурсів життєздатності особистості* може бути представлена такими техніками:

– технікою реконструкції базових реабілітаційних ресурсів людини:

- способи підвищення базового рівня довіри;
- напрями коригування негативних комунікаційних настановлень та неконструктивної комунікації;

– технікою реконструкції безпекових навичок особистості:

- розширення інтерпретативних моделей сприйняття ризику;
- опанування вправ на стабілізацію та самовідновлення;
- акумуляція ресурсів життєстійкості та проактивності;
- формування навичок здорового копіngu.

Техніку реконструкції базових реабілітаційних ресурсів людини використовують на першому етапі відновлення життєздатності. Окреслимо відтак основні напрямки відновлювальних впливів.

Способи підвищення базового рівня довіри

Позитивно на підвищення базового рівня довіри людини, що зазнала тривалої травматизації, впливають непрямі методи психологічної і психотерапевтичної допомоги. Їхньою метою є відволікання від психотравматичних переживань, актуалізація соціальної активності, формування мотивації до одужання та повернення до звичного способу життя. Важливо організувати психологічно безпечний простір, у якому людина була б оточена турботою і взаєморозумінням. Відповідальність за організацію такого терапевтичного простору покладається на членів родини, на трудові колективи, громадські організації, центри соціального захисту тощо. Отже, практикам слід дотримуватися принципу доброзичливого і справедливого ставлення до травмованої особистості (Титаренко, 2015).

Відновлення базової довіри сприяє активізації чинників захисту людини. За Б. Ф. Поршневим, довіра і недовіра – це феномени, які співіснують за принципом закону зворотної індукції збудження і гальмування, причому недовіра є провідним феноменом серед охоронних психічних протидій людини. Отже, здатність довіряти, як і здатність не довіряти є онтогенетично та філогенетично одним з найдавніших новоутворень, а довіра як схильність до навіювання та залежності від інших є первинною щодо автономного внутрішнього світу самотньої людини. Під впливом травматичних подій базальна недовіра особистості на рівні інстинкту самозбереження зростає, і людина іноді повністю закривається від світу, втрачає зв'язок з іншими. Межі власного Я, свого психологічного простору не усвідомлюються, але від-

чайдушно захищаються, і людина поступово ізолюється від навколишнього світу та інших людей.

На відновлення довіри потужний ефект справляють тілесні практики, наприклад тактильний контакт з людиною, що переживає наслідки травматичних подій. Теплі обійми, особливо такі, що відбуваються без особливого приводу, дають людині можливість розслабитися та відчути себе в безпеці. Необхідно, щоб члени родини були налаштовані на розуміння та виказували бажання “відчути” травмовану людину. Щоб відновити природні ресурси довіри, треба поступово і ненав’язливо залучати людину в повсякденні турботи та справи, використовувати прийоми трудотерапії.

Напрями коригування негативних комунікаційних настановлень та неконструктивної комунікації

Коригування неконструктивної комунікації особистості, що переживає наслідки травматичних подій, має бути спрямоване на відновлення балансу вибірковості і взаємності в спілкуванні. Адже вибірковість у комунікації, фокусування на патогенній інформації блокують позитивну інформацію, яка має життєвий смисл для особистості. Підтримання балансу між вибірковістю і взаємністю сприяє досягненню особистістю належного рівня життєздатності, що стабілізує її самопочуття та запобігає пошуку в себе симптомів усіх хвороб, які існують, або ж, навпаки, ігноруванню тривожних симптомів.

На життєздатність негативно впливають занадто висока емпатія та неадекватні емпатійні переживання (Рыльская, 2013). Тотальна, “невибіркова” емпатійність може призводити до надмірної залежності від емоційних станів оточення, а неадекватні емпатійні переживання (коли людина на невдачу інших реагує радістю, а на успіх – засмучується) перешкоджають ефективному спілкуванню людини, формуванню відносин на засадах довіри та розуміння.

Завдяки корекції комунікаційних настановлень відбувається усвідомлення власних ресурсів відновлення психологічного здоров’я та обмеження безпекових навичок особистості. Успішне коригування негативних комунікаційних настановлень є перехідним етапом у формуванні готовності до отримання фахової допомоги. Людина усвідомлює, що має потребу в допомозі, і більше вірить у власне зцілення. Позитивний ефект на цьому етапі реабілітації має дружня підтримка. Сьогодні такий вид взаємопідтримки, як спілкування в ін-

тернет-просторі зі старими друзями, відвідування онлайнних форумів, самодопомоги, безкоштовних психологічних форумів створює необхідну “подушку безпеки” для відновлення довіри до фахової психологічної допомоги та підтримки.

Свою ефективність у відновленні життєздатності травмованої особистості показала і *техніка реконструкції безпекових навичок особистості*. Вона ставить за мету розширення інтерпретативних моделей сприйняття ризику; опанування вправ на стабілізацію та самовідновлення, акумуляцію ресурсів життєстійкості та проактивності, розвиток стійкості мислення, формування навичок здорового копінгу.

Розширення інтерпретативних моделей сприйняття ризику

Сьогодні, в умовах гібридної війни, в Україні склалася досить неоднозначна ситуація, коли кожен українець так чи інакше виборює власну автономність і незалежність. Неоднозначність ситуації полягає перш за все у ставленні до війни: для когось це прийняття виклику і можливість нарешті, у прямому сенсі, знищити ворога та досягти справедливості; для інших – необхідність зберегти своє життя, життя близьких, вимушене переселення на нові території, пошук можливостей забезпечити себе і подбати про власну родину. Для когось війна – це чиясь помилка, безвідповідальність, безвладдя, а для когось – омріяна та довгоочікувана перемога, підняття з колін, відчуття гідності та надії. Але, незважаючи на таку палітру почуттів, для кожного українця війна – це передусім ризик. Ризик втрати життя, здоров’я, родини, добробуту, поваги, підтримки, надії тощо. Обставини змушують кожну людину прийняти цей життєвий виклик. Відтак відбувається екстремальна мобілізація її життєздатності, виявляється її мужність, рішучість та сміливість. Репертуар інтерпретаційних моделей ставлення людини до ризику поступово розширюється і може мати такі прояви:

– пригодницьке ставлення, коли ймовірність небезпеки при прийнятті рішень не враховується; відбувається ігнорування ризику заради емоційного задоволення;

– ігрове ставлення, коли рішення приймається за принципом “поталанить – не поталанить”;

– зважене ставлення, коли рішення приймається на основі реального зважування всіх ресурсів;

- ставлення до ризику як до випробування, коли ризик є “вимушеним”, необхідним для розв’язання складної ситуації;
- віртуалізація ризику та ін.

Аналіз та інтерпретування ризику є доволі конструктивним процесом, який може сприяти посттравматичному зростанню особистості. Але коли ризиковість поглинає одночасно певну частину суспільства, активізуються механізми соціального зараження та наслідування. Відбувається поступове зараження думками популярних блогерів, кумирів, активістів і волонтерів, ведучих улюблених каналів телебачення і т. ін. При цьому наслідуються як просоціальні види поведінки (ініціація громадянських практик, розвиток волонтерського руху), так і асоціальні (вандалізм, кримінальна активність, насильство, суїциди тощо).

Завдання психолога-практика за таких умов – навчити людину розрізняти, чим саме для неї є ризик війни, на які виклики в неї є ресурси, за що вона мусить боротися, кому або чому вона може довіряти, хто або що заважає її мирному життю і добробуту. Практичному психологу стануть у пригоді прийоми наративної (М. Уайт) та позитивної (Н. Пезешкіан) психотерапії. Наративізація небезпечних життєвих ситуацій та подій, розширення інтерпретаційних моделей ставлення до ризику будуть поступово сприяти формуванню позитивних способів психологічного самозахисту та самопомоги. Поступово, у процесі виконання запропонованих психотерапевтом вправ, людина може усвідомити дієвість різних практик керування ризиками (практики гарантування безпеки; практики загравання з небезпекою; практики ідеального проектування майбутнього; практики випробування себе тощо).

Практики керування ризиками війни – це процес усвідомлений, який передбачає набуття безпекових навичок, розвиток критичного мислення, когнітивну гнучкість, віру в себе, готовність навчатися, мати право на поразку, на підтримку рідних і фахівців. Для тих, хто працює з цивільним населенням або військовослужбовцями, які переживають наслідки травматичних подій, окремим завданням психологічної підтримки є відновлення самоконтролю людини над життєвою ситуацією, зниження її емоційного напруження, усвідомлення нею природи воєнного стресу, зміцнення аналітичних функцій мислення, стійкості до невизначеності.

Тут може допомогти техніка підтримання необхідного рівня володіння навичками безпечного існування в екстремальних ситуаціях, здатності створювати режим безпеки для власного життя та здоров'я, стійкості до невизначеності. Ця техніка поєднує три напрямки зміцнення когнітивних функцій: аналіз зовнішніх ресурсів; аналіз внутрішніх ресурсів та аналіз набутих навичок розв'язання проблем. Зміцнення власних зовнішніх ресурсів передбачає відновлення/побудову надійних відносин, прийняття підтримки сім'ї, засвоєння рольових моделей, соціальний захист. Зміцнення внутрішніх ресурсів відбувається завдяки розвитку відповідальності, почуття гумору, альтруїзму, надії та віри, почуття гідності. Відповідно до рекомендацій цієї техніки доцільно працювати з навичками розв'язання психологічних проблем: спілкування, сприймання іншого, налагодження довірливих стосунків (Grotberg, 2006). Вважаємо, що до цього переліку ресурсів слід додати зміцнення стійкості до інформаційного впливу, більш критичне сприймання інформації, здатність забезпечити власну інформаційну безпеку, доступ до правдивої інформації про стан довкілля, про економічну, політичну ситуацію в країні, тобто до інформації, яка не завдає шкоди людині.

4.3. Практичні способи стабілізації та самовідновлення травмованої особистості

Небезпека травматичного стресу позначається перш за все на емоційній сфері особистості, що часто призводить до порушення звичного способу життя. За таких умов оволодіння техніками підтримання емоційної рівноваги, здатності керувати власними емоціями, зберігати спокій під тиском стресу позитивно впливає на продуктивність людини та її психологічне здоров'я.

Здатність людини утримувати стабільність, збалансованість власного життя лежить у площині її вродженої здатності підтримувати гомеостаз, отже є природною властивістю виживання. Протягом тривалого періоду історичного розвитку людської спільноти людина набула різноманітних навичок виживання та долання ризиків, які сучасні психологи називають техніками самоконтролю і саморегуляції.

Підвищити свій рівень самоконтролю і саморегуляції може практично кожна людина. Саморегуляція є природною здатністю індивіда до самозцілення, яка ґрунтується на внутрішніх ресурсах організму. Як зауважує П. А. Левін, надаючи психологічну підтримку та фахову допомогу, особливу увагу слід приділяти активації різних видів позитивних самовідчуттів на рівні тіла. Тілесне усвідомлення внутрішніх ресурсів допомагає долати травматичну ситуацію, зберігати та підтримувати відчуття внутрішньої цілісності (Левин, 2007).

В арсеналі практичних психологів та соціальних працівників є чимало технік, прийомів та методів стабілізації емоційної сфери особистості. Відновити емоційний баланс допомагають дихальні вправи, вправи тілесно орієнтованої терапії, численні арт-терапевтичні техніки. Проте, попри таку різноманітність засобів психологічного відновлення, працюючи з травмованою особистістю, слід зважати на можливість виникнення сильних негативних емоцій, викликаних хворобливим усвідомленням невідворотності того, що відбулось, визнанням власного безсилля й самозвинуваченнями. Така підвищена емоційна чутливість травмованої особистості іноді вимагає повернення до попереднього етапу – етапу реконструкції базових реабілітаційних ресурсів людини, підвищення рівня довіри та відновлення конструктивної комунікації.

Для реконструкції безпекових навичок особистості, зменшення ймовірності переходу постстресового стану в хронічну форму окрему увагу слід приділяти *аккумуляції ресурсів життєстійкості та проактивності*. Люди з високим рівнем життєстійкості здатні успішно трансформувати енергію стресу в енергію розвитку. Висока життєстійкість сприяє формуванню адекватного антистресового захисного механізму, який дає змогу зберігати психологічне здоров'я особистості. Щоб добитися зміцнення життєстійкості, перш за все слід звернути увагу на розвиток таких когнітивних ресурсів, як флексибільність, оптимальна оцінка життєвої ситуації, віра в контрольованість подій та рефлексія. Найбільш ресурсним підходом з погляду позитивної адаптації особистості є розвиток таких компетенцій, як емпатія, повага, щирість, ініціативність, рішучість, відповідальність та оптимістичність. Вони дають змогу зберігати екологічність життєконстрування, утримувати високу вмотивованість людини на збе-

реження психологічного здоров'я в ситуації з підвищеним ризиком травматизації.

Коли йдеться про зміцнення життєстійкості особистості, що переживає наслідки травматичних подій, то важливим завданням є розвиток проактивності, відповідальності. Так, Р. Шварцер і Г. С. Шмітц вважають проактивність потужним особистісним ресурсом, що дає змогу підтримувати контрольованість ситуації, забезпечує перехід особистості від керування ризиками до керування цілями. Проактивні люди, провідними рисами яких є пильність, спостережливість, оптимізм, здатні швидко та адекватно оцінювати складну ситуацію. Проактивність суттєво впливає на те, які копінг-стратегії обирає особистість. Зазвичай проактивний копінг протиставляють копінгу, спрямованому на уникнення проблеми. Проактивні люди прагнуть покращення життя і здатні ефективно використовувати ресурси, що допомагає їм зрештою досягти цієї мети.

Щоб підвищити рівень проактивності, бажано застосовувати прийоми ризик-аналізу і ризик-рефлексії, які сприяють актуалізації цінностей обережної та розсудливої поведінки. Актуалізація ціннісного рівня саморегуляції сприяє прискоренню процесів самоорганізації та самозахисту, відновлює впевненість людини в її здатності самостійно розв'язувати складні ситуації, брати на себе відповідальність за власну безпеку.

Завершальним етапом зміцнення життєздатності особистості є *формування навичок здорового копінгу*, тобто поведінкових ресурсів для подолання вигорання. Йдеться про активні, просоціальні моделі поведінки, що передбачають сміливість, контактність, асертивність, уміння шукати соціальну підтримку та готовність її приймати. У переліку провідних ресурсів опанування подій з високим рівнем травматизації – пошук соціальної підтримки, планування розв'язання проблеми та позитивна переоцінка власних ресурсів (фокусування на зростанні власної особистості).

Відомо, що соціальна підтримка пом'якшує вплив стресорів на людину, однак для травмованої людини прийняти підтримку часто означає визнати власну недосконалість, неспроможність, а часто – і надмірну вразливість. Сьогодні стрімкий технологічний прогрес прямо та опосередковано сприяє розширенню соціальних контактів та соціальній активності. Отже, для формування навичок здорового копінгу у психологічно вразливих людей можна використовувати

новітні комунікативні засоби, інтернет-сервіси та мобільні застосунки. Використання психологічних мобільних застосунків, зауважує М. С. Дворник, є досить ефективним засобом подолання наслідків психологічних травм, особливо коли йдеться про тих, хто не готовий до контактів або має упереджене ставлення до психологів. Експериментування з різними формами й видами комунікації актуалізує ресурси соціальної підтримки та допомоги, зміцнює психологічне здоров'я особистості, вивільняє необхідну енергію для відновлення нормального життєконструювання.

Висновки до розділу

Людина, що має травматичний досвід, замислюється над необхідністю опанування персональних конструктивних прийомів керування ризиками та можливістю їх інтеграції в повсякденне життя. За умови плідної співпраці із фахівцями така людина успішно оволодіває навичками самопомочі та починає керуватися у своєму житті більш зрілими життєвими настановленнями.

Розроблена нами технологія ставить за мету посилення життєздатності особистості, що переживає наслідки травматичних подій. Технологія перш за все спрямована на реконструкцію базових реабілітаційних ресурсів та безпекових навичок у травмованої особистості. Використання відновлювальних технік позитивно впливає на підтримання у потерпілого мотивації самозцілення на всіх етапах соціально-психологічної реабілітації. Запропонована технологія прискорює процес розблокування ресурсів соціальної підтримки та допомоги, сприяє розширенню репертуару інтерпретаційних моделей сприйняття ризику, підвищує проактивність і життєстійкість особистості, відновлює функції нормального життєконструювання.

РОЗДІЛ 5

ВИКОРИСТАННЯ МОБІЛЬНИХ ЗАСТОСУНКІВ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ПСИХОТРАВМАТИЗАЦІЇ

5.1. Переваги та обмеження мобільних застосунків у психологічній допомозі особистості

Перехід соціуму до інформаційної стадії розвитку, до стадії постіндустріальної, мережевої, де ключового значення набувають інформаційні, комп'ютерні, телекомунікаційні технології, диктує нові способи досягнення благополуччя. Проникнення інформаційно-комунікативних технологій у повсякденне життя стає об'єктивним процесом і відбувається вже незалежно від бажання або волі людей. Попри неоднозначність впливу на особистість таких технологічних нововведень їх можна і потрібно адекватно застосовувати для покращення людського життя.

У системі комплексної соціально-психологічної реабілітації особистості, що потерпає через наслідки пережитих травматичних подій, свою роль можуть зіграти і сучасні персональні мобільні пристрої з їхнім специфічним програмним забезпеченням. Відповідні технології вже доступні не в поодиноких випадках, а в глобальному масштабі. А вдаватися до засобів, які б могли масово допомагати постраждалим запобігти перетворенню психотравми на фатальний деструктор їхнього життя, – перспективне завдання і реальна можливість як для фахівців-психологів, так і для самих потерпілих.

У країнах Заходу спеціалісти зі збереження здоров'я ефективно використовують електронні пристрої та відповідні сервіси ще з 1990-х років. Ідеться про електронне листування (sms, e-mail) з пацієнтами та клієнтами, специфічні комп'ютерні програми оцінювання та моніторингу стану користувачів, а також онлайнове консульту-

вання і терапію з аудіо- та відеоучастю для підсилення ефекту присутності. Сьогодні і в Україні вже нікого не здивуєш інтернет-зустрічами, мета яких – надання психологічної допомоги, адже вони майже не поступаються за ефективністю очним контактам.

Поряд із цим масове поширення бездротових технологій, зокрема мобільного зв'язку, віднедавна дало можливість користуватися програмами охорони здоров'я – сервісами *mHealth*, які активно підтримуються ініціативами Організації Об'єднаних Націй. Завдяки таким сервісам зростає доступність послуг, пов'язаних з охороною здоров'я, з'являється можливість діагностувати та відстежувати захворювання, надавати більш термінові та дієві рекомендації щодо лікування, а також розширюються можливості отримання медичних знань та підготовки медичних працівників. Усе це стало можливим завдяки тому, що кількість мобільних телефонів у світі постійно збільшується, люди майже завжди мають їх біля себе, а надання інформації за їх допомогою можна систематизувати й автоматизувати. Так, пацієнтові стало не потрібно витрачати додаткові ресурси, аби отримати рекомендації фахівця, які тепер доступні безконтактно – завдяки звичайним смс-повідомленням.

Слідом за медиками можливості мобільних пристроїв почали використовувати і фахівці сфери ментального здоров'я. Так, з 2010-х років поширюються так звані *mental health mobile applications (MHMA's)* – мобільні застосунки для підтримки психічного здоров'я. Таке специфічне програмне забезпечення кишенькових пристроїв (планшетів і смартфонів) стало використовуватися передусім як додатковий до традиційної психоконсультативної та психотерапевтичної практики інструмент супроводу особистісних змін. Завантажуючи такі застосунки зі спеціальних онлайн-сховищ на свій мобільний пристрій, клієнти одержали можливість вносити в нього та накопичувати там інформацію про себе аби ділитися нею зі своїм психотерапевтом під час зустрічі або он-лайн, ознайомлюватися з рекомендаціями, робити вправи для покращення свого психологічного стану тощо. Уже доведено ефективність такого електронного супроводу в разі депресій, психозів, підвищеної тривожності, вживання психоактивних речовин, obsesивно-компульсивних та посттравматичних стресових розладів.

Найсучасніші ж застосунки перетворюються на окрему категорію психологічної самопомоги без супроводу фахівця. Більшість

із них спрямовані на отримання користувачем специфічної психологічної інформації, самооцінювання і самомоніторинг, аби запобігти поширенню проблем ментального здоров'я або зменшити їхні прояви. Зокрема, великої популярності набули сьогодні застосунки для відстежування змін у настрої, для подолання стресу, нормалізації сну тощо. Сьогодні тисячі застосунків психологічного спрямування можна знайти на завантажувальних платформах різних операційних систем смартфонів чи планшетів (PlayMarket для Android, AppStore для iPhone OS, MicrosoftStore для Windows Phone та ін.). Достатньо лише вписати в пошуковий рядок ключове слово – і система запропонує дібрані варіанти застосунків. Усі вони відрізняються і зовнішнім виглядом, і змістом, і мірою втручання: їхній простір надзвичайно широкий – від загального психологічного просвітництва до онлайн-сесій у випадку психічних розладів.

А втім, можна відстежити загальні переваги таких електронних сервісів порівняно з традиційною психологічною допомогою:

1. *Поширеність і доступність.* За останні 4 роки кількість власників смартфонів тільки в Україні збільшилася на 150%, а до 2025 року, як прогнозують учені, користувачами ще досконаліших мобільних пристроїв стане понад 5 мільярдів людей у світі. Тому питання технологічного забезпечення, коли йдеться про своєчасне і якісне постачання психологічних послуг більшості з тих, хто їх потребує, уже не є проблематичним. Мобільні застосунки спершу було призначено, головним чином, для тих, хто не мав інших можливостей доступу до психологічних послуг. Потенційні користувачі могли перебувати в найвіддаленіших локаціях, але, діставшись персонального пристрою та інтернету, вони одержували можливість завантажити застосунок і користуватися ним буквально “на ходу”. Тепер це програмне забезпечення легко й швидко встановлюється на смартфон і здебільшого не потребує подальших підключень до мережі, що дає змогу користуватися ним оф-лайн.

2. *Економія часових, просторових, матеріальних ресурсів.* Будь-який користувач мобільного пристрою, як уже зазначалося, може завантажити на нього застосунок з відповідної платформи (наприклад, з PlayMarket або AppStore). Це заощаджує і час, який би витрачався на пошук специфічної інформації чи фахівця, і фінанси. Більшість психологічних мобільних застосунків є безкоштовними або оцінюються менше ніж у 10 доларів, що не можна порівняти із

сумами, які доведеться сплатити навіть на початкових етапах очних зустрічей із психотерапевтом. До того ж застосунок доступний у режимі 24/7, тоді як більшість психологів досяжні не більш як 8 годин на день 5 днів на тиждень. Крім цього, клієнтові може знадобитися супровід протягом звичайних робочих годин, коли фахівець виявиться недоступним. Таким чином, користування мобільним застосунком як первинною допомогою може зменшити витрати на відновлення та розширити часо-просторові варіанти психологічного супроводу.

3. *Використання технічних можливостей пристрою.* Мультифункціональність смартфонів і планшетів, здатних накопичувати об'єктивні дані, робить їх дуже цінними для психореабілітації. Наприклад, постраждалі можуть фіксувати свої актуальні дані, використовуючи фото, аудіо- чи відеозаписи. Крім того, використання акселерометрів, гіроскопів, GPS, вбудованих у смартфон та бездротово поєднаних із зовнішніми пристроями типу браслетів, дає змогу здійснювати моніторинг та накопичувати інформацію про рухи, локації і навіть реакції тіла (наприклад, про шкірно-гальванічну реакцію, варіабельність серцевого ритму тощо). Якщо такі дані передаються психологу чи довірєній особі, можна запобігти деяким небезпечним діям, наприклад у разі суїцидальної поведінки.

4. *Подолання психопатологічної стигматизації.* Велика кількість людей, які потерпають через психологічні ускладнення, не звертаються власне, по допомогу через побоювання бути сприйнятими як "хворі". Оскільки користування смартфоном сьогодні стає вже більш звичним для людей, ніж, наприклад, заповнення паперових форм для психодіагностики, то мобільні застосунки дають змогу приховати страх "осоромитися" і залишитися анонімним. До того ж певні категорії осіб завдяки віртуальному простору мають змогу набутися досвіду, недосяжного в реальному житті з точки зору часу, простору або фізичних спроможностей. Завдяки віртуалізації, наприклад, надзвичайно ресурсним може стати певне відмежування травмованого від ригідних уявлень про свій стан. Тобто мобільні застосунки, цілком імовірно, стануть у пригоді тим, хто має певні обмеження чи упередження щодо безпосередніх контактів із фахівцем.

5. *Зручність завдяки індивідуальним налаштуванням.* Користувач може обрати застосунок і налаштувати його роботу відповідно до власних потреб та особливостей, здійснювати моніторинг саме

тих проблемних зон, які його цікавлять. Наприклад, він може вносити персональні анкетні чи тестові дані, налаштовувати виведення на екран пристрою нагадувань чи мотиваційних висловлювань у зручний час, використовувати зовнішні посилання на необхідні матеріали, здійснювати аудіо- чи відеовиклики для індивідуальних чи групових зустрічей, поєднувати все це з роботою інших програм у смартфоні тощо. Крім того, користування мобільним застосунком можна продовжувати на різних пристроях завдяки його прив'язці до віртуального профілю користувача, що знімає проблему переривання курсу отримання допомоги в разі втрати або заміни смартфона.

6. *Співвіднесеність з очною психологічною допомогою.* Вище вже зазначалося, що психологічний застосунок у разі потреби завжди можна поєднати з очними інтервенціями, адже психоедукацію і моніторинг змін у стані клієнта використовують у будь-якій психологічній роботі. За умови адекватного набору програмних функцій застосунок можна порівняти щодо результативності з когнітивно-біхевіоральною терапією (Cognitive Behavior Therapy), діалектично-біхевіоральним підходом (Dialectical Behavior Therapy) і терапією, спрямованою на вирішення (Solution-Focused Therapy). В електронному форматі найбільш ефективними порівняно з іншими психотерапевтичними техніками справді є когнітивні методи, адже вони типово активізують навчальний компонент, дають інструктаж щодо набуття бажаних форм поведінки, а також стимулюють залучати необхідні форми активності до повсякденних практик. Таке виконання “домашніх завдань” завдяки мобільному застосунку стає справді ефективним засобом, конгруентним до терапії.

7. *Фасилітація прихильності до самопомоги.* Більшість психологічних застосунків є інтерактивними, тобто стимулюють людину вносити дані для відстежування певних симптомів – поведінкових, емоційних чи когнітивних змін. Наявність “домашніх завдань” завдяки елементам гри певною мірою структурує життєвий простір особистості – заохочує її регулярно обирати корисні види активності із перспективою перетворення їх на практики. Посилення відновлювальних ефектів можна очікувати за наявності в застосунку таких ігрових засобів, як змагання (“мої показники покращуються порівняно із середньостатистичними”) та винагороди (підтримувальні повідомлення, накопичувані бали або навіть віртуальні відзнаки, які можна обміняти на реальні речі або послуги). Крім того, у застосу-

нок на стадіях покращення можна внести соціальну гейміфікацію – “змагання” реальних користувачів для створення здорової конкуренції в досягненнях. Інструменти для взаємних повідомлень, передбачені в застосунку, можуть слугувати також засобом отримання зворотного зв’язку, посилення взаємодії між особами, що мають схожі ускладнення і повідомляють про свій прогрес. Взаємодопомога в таких групах здатна підвищити самооцінку, самопродуктивність, соціалізує та допомагає досягти успіхів у самоменеджменті. Самостійне користування психологічним застосунком може також культивувати в людині почуття самоцінності та автономності завдяки орієнтації на власні рішення.

Поширення мобільних застосунків сприяє розширенню доступу великої кількості людей у всьому світі до цільової психологічної допомоги в цілодобовому режимі. Мобільні пристрої дають змогу більш ефективно розв’язувати повсякденні проблеми, набувати позитивного емоційного досвіду і задовольняти різні види психологічних потреб (наприклад, у спілкуванні, у порядку, у створенні нового тощо).

Та, незважаючи на такі переваги, електронні застосунки в психологічній практиці усе ж таки мають деякі обмеження.

1. *Користувацькі.* Деяким клієнтам смартфон-застосунки як засіб отримання психологічної допомоги можуть і не підходити. Найбільш схильні до пошуку психологічних впливів в електронному форматі жінки, особи з вищою освітою, розлучені і ті, хто має досвід індивідуальної чи групової роботи із психологом. Тут також мають значення вік, особистісні характеристики, доступ до відповідної техніки та досвід користування нею. Дехто просто не може дозволити собі придбати мобільний пристрій або не має достатньої компетентності, щоб ним користуватися, а декого непокоять шкідливі впливи технологій і маніпулювання персональними даними. Неналежне користування пристроєм справді може відволікати від певної активності, розсіюючи увагу; перешкоджати створенню тривалих мнемічних зв’язків, знижуючи якість робочої пам’яті; провокувати пригнічення позитивного афекту під час певних подій; зменшувати соціальну активність, трансформуючи почуття належності, спільності та довіри; впливати на якість і тривалість сну тощо. Тому такі побоювання користувачів почасти є безспідставними.

Крім цього, електронний ринок застосунків переповнений назвами із психіатричними діагнозами, хоча деякі з таких програм можуть виявитися корисними і для здорової людини, яка має незначні прояви відповідної симптоматики. Такий застосунок з ознаками - стигматизації навряд чи привабить користувача, який, природно, хоче вберегти свою самооцінку та самоефективність. Також дуже важливими є дизайн і зрозумілість застосунків – їхня неестетичність та незручність можуть призвести до відмови від подальшого користування.

2. *Технічні.* Продуктивність психологічної допомоги за посередництвом мобільного застосунку залежить від звичайних технічних факторів – стабільності роботи операційної системи, підключення до інтернету, достатнього заряду батареї тощо. Крім того, застосунки можуть оновлюватися, змінюючи звичний вигляд; можуть бути видалені із завантажувальної платформи, зникнути із пошукових систем через спад популярності. Також украй важко знайти необхідний застосунок, коли немає систематизаційних каталогів.

3. *Змістові.* На жаль, більшість мобільних застосунків для підтримки психологічного здоров'я не мають однозначно доведеної ефективності. Нестача теоретичної бази та недостатність емпіричної перевірки часто супроводжуються ще й бажанням комерційної вигоди розробників, тому якщо застосунок і тестується, то часто на невеликих за кількістю та нерандомізованих вибірках, без належно побудованого дослідження. Основний масив використовуваних наразі застосунків не перевірявся науковими методами, і єдиними критеріями для встановлення їхньої придатності все ще залишаються суб'єктивні відгуки користувачів, кількість завантажень і дані про виробника.

4. *Цільові.* Електронний формат не підходить для роботи з важкими та комплексними розладами, тому застосунок не рекомендується самостійно використовувати, якщо проблеми набули крайніх форм. Тільки помірні психологічні ускладнення, за яких зберігається мотивація користувача до сприйняття інформації і самоменеджменту, можуть успішно опановуватися за допомогою відповідного застосунку.

5. *Етичні.* В інформованій згоді – електронному документі, що надається клієнту перед початком користування застосунком, – не завжди наводяться дані про можливі ризики та результати, необ-

хідні компетенції користувача та міру конфіденційності даних. Однак ці пункти необхідні, аби, звертаючись до самовідповідальності клієнта, забезпечити його від додаткових стресів і розвіяти можливі ілюзорні очікування: програма не розв'яже проблему швидко, назавжди і без особливих зусиль. Крім цього, персональні дані, що вводяться для роботи із застосунком, піддаються загрози розголошення через хакерські атаки або через те, що пристрій може бути просто загублено чи викрадено. Тому без організації додаткових ступенів захисту застосунок може стати джерелом порушення конфіденційності й анонімності.

Мобільні застосунки, що можуть вирішити проблеми простору, часу та коштів для організації психотерапевтичних зустрічей чи поширення інформації про здоров'язберігальні практики, є цінним інструментом для тих фахівців і клієнтів, ресурси яких обмежені. Але для по-справжньому продуктивного користування таким програмним забезпеченням потрібно комплексно враховувати зазначені вище переваги і недоліки. Аби зберегти баланс між потенційною користю і можливою шкодою, потрібно пам'ятати:

- технології не замінюють реальну діяльність і спілкування, тому їх доцільно використовувати в умовах врахування “за” і “проти” в конкретній ситуації потенційного користувача;

- позитивний ефект від мобільного застосунку буде тільки тоді, коли користувач проявлятиме відповідальність і активність, а не вдаватиметься до автоматичних дій та пасивно спостерігатиме за роботою програми;

- кількість звернень за день і загальна тривалість користування застосунком мають бути врегульованими й адекватними.

Отже, аналізуючи ситуативні фактори та оцінюючи власні здібності, як надавач психологічної допомоги, так і той, хто її потребує, зможуть користуватися мобільними застосунками із максимальними вигодами.

5.2. Можливості мобільних застосунків в опрацюванні ознак психотравматизації

Сьогодні можливостей для опрацювання психотравматичного досвіду досить багато, хоча не існує однозначної відповіді, який підхід є пріоритетним чи найбільш дієвим. Труднощі виникають у першу чергу із вирішенням ресурсних питань надання психологічних послуг: як забезпечити надання допомоги всім тим, хто її потребує, як це зробити швидко і якісно, адже хворобливі реакції постраждалих після травматичних подій мають бути негайно розпізнані й піддані відповідним інтервенціям, аби запобігти небажаним наслідкам.

На допомогу приходять персональні електронні пристрої, адже основні ознаки психотравматизації можна опрацьовувати за допомогою мобільних застосунків. Ідеться насамперед про застосунки, базовані на принципах когнітивно-поведінкового підходу, який демонструє успішність у роботі з посттравматичними станами і з погляду продуктивності, і з погляду швидкості подолання відповідної симптоматики. У межах цього підходу травматичні події трактуються як потенційні руйнівники базових уявлень про себе і навколишній світ. Тобто в ситуації сильного стресу відбувається руйнування Я-концепції, що проявляється в генералізації страху, гніву, уникнення, дисоціації. Причина цього в ригідності, розбалансованості когнітивної сфери. А зцілювальний ефект досягається завдяки доланню неадекватного сприйняття та фобічного уникання, що виникають як результат сильних асоціативних зв'язків між інтенсивною тривогою і різноманітними характеристиками травматичної ситуації.

Опрацювання психотравми в когнітивно-поведінковій терапії передбачає реалізацію декількох завдань. Перше – допомогти людині отримати інструменти для реалістичного мислення та сили для аналізу негативних думок, а також виробити ставлення до цих думок як лише до думок – не більше, але й не менше. Друге – впоратися з негативними глибинними переконаннями, виробивши ефективні “проміжні переконання”, або “правила життя”, – що і як треба робити, щоб чогось досягати. Третє завдання – навчитися вловлювати емоції, які сигналізують про певні стани і стають дороговказами для поведінки. Четверте – змінити непродуктивні зв'язки між думками,

емоціями та поведінкою, що призводять до страждань, замінивши їх на нові нейронні мережі, які працюватимуть на основі реалістичних думок і функціональної поведінки.

У зарубіжній психологічній практиці найзатребуванішим, коли йдеться про опрацювання ознак посттравматичного стресового розладу, є застосунок **“PTSD Coach”** (“Подолання ПТСР”), яким щороку користується понад 50 тисяч постраждалих та їхніх близьких. Цей застосунок базується на чотирьох векторах психологічної самопомоги в разі травматизації. Вони відповідають пунктам меню:

1) *Вивчення (Learn)* – психоедукативна інформація про ПТСР, зокрема про те, якими є симптоми, причини і наслідки, а також як цю проблему подолати;

2) *Самооцінювання (Track Symptoms)* – опитувальник і його інтерпретація, а також функція нагадування щодо внесення даних для відстежування змін у відповідних станах;

3) *Робота із симптомами (Manage Symptoms)* – конкретні поради залежно від проявів психотравматизації (наприклад, регуляція дихання, м’язова релаксація, активізація приємних спогадів тощо);

4) *Пошук підтримки (Get Support)* – база контактів та посилок, за якими можна знайти терапевта або групу взаємодопомоги.

Відповідно, функціями застосунку є моніторинг симптомів, загальне та індивідуально налаштоване інформування, специфічні засоби для самоменеджменту в ході опрацювання переживань, а також зручні нагадування. Під час роботи з експериментальною групою із 45 військових ветеранів було з’ясовано, що використання **“PTSD Coach”** зменшує дистрес та пригнічує симптоми ПТСР, а також допомагає зрозуміти природу цих симптомів і сприяє налагодженню стосунків користувача із близькими (Preliminary evaluation..., 2014).

На завантажувальних платформах є багато й інших англomовних застосунків, спрямованих на подолання симптомів ПТСР методами когнітивно-поведінкової терапії, однак вони не мають доказової бази і часто виявляються платними. Зокрема, застосунок **“Bust PTSD”** (“Приборкання ПТСР”), який коштує близько 2 тисяч гривень, заявлений розробниками як ефективний інструмент самопомоги не тільки у випадку ПТСР, але і в разі таких окремих ускладнень, як депресія, панічні атаки, підвищена тривожність. Психотерапевтичні сесії в ньому представлені у вигляді голосового і музичного супроводу та візуального ряду, що спрямовує на репрограмування

нейрологічних патернів з деструктивних на конструктивні. Однак єдиним доказом того, що застосунок ефективний, є рейтинг серед користувачів, який сягає відмітки 4,8 з 5.

Ми перевіряли ефективність інтегрованого у застосунок “Карманий психолог” україномовного курсу “*Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів*” (“СППА”), розробленого на основі однойменної тренінгової програми (Горбунова, 2016). Сам курс “СППА”, розрахований на 30 днів, завдяки щоденним листам заохочує користувача до індивідуальної роботи над собою, а саме до виконання завдань, метою яких є зміна непродуктивних думок, поведінкова активація, тренінг навичок копінгу, а також відстежування динаміки змін у настрої протягом різних проміжків часу.

Так, першим листом зареєстрований користувач отримує правила роботи:

Правило № 1 – *Дисципліна*. Ти щодня на 100% виконуєш уроки, які отримуєш на телефон і пошту від “Карманного психолога”.
Правило № 2 – *Відповідальність*. Ти приймаєш на 100% відповідальність за свої емоції і результати дій, викликаних цими емоціями.
Правило № 3 – *Прийняття*. Ти сприймаєш усі свої емоції як важливе джерело інформації про свої потреби, смисли, цінності, бажання та інтереси.
Правило № 4 – *Управління*. Ти керуєш емоціями, щоб підвищити свою ефективність і стати щасливим.
Правило № 5 – *Контроль*. Протягом усього курсу ти ведеш “Щоденник емоцій” у цьому додатку і щонайменше 5 разів на день занотовуєш свої емоції і сфери життя, в яких вони виникли.
Правило № 6 – *Аналіз*. Уся інформація про твій емоційний стан збирається у твоєму особистому кабінеті на сайті emoscontrol.net. Щопонеділка за результатами твоїх емоцій тобі на пошту буде приходити звіт про твій емоційний стан за тиждень.

Далі щоранку користувачеві надсилаються відповідні техніки та вправи для підвищення рівня його самоусвідомленості та покращення самопочуття. Наприклад:

“Наша мета сьогодні – побачити, як наші думки можуть впливати на емоційний, фізіологічний стан, стосунки з іншими, сприйняття світу. Перевірити на власному прикладі, що не всі наші думки є правдивими й корисними, навчитися думати більш розсудливо. Давній грецький філософ Епіктет говорив: “Ми реагуємо не на речі самі по собі, а на те, якого значення ми їм надаємо”. Тому важливо

пам'ятати про когнітивний принцип: наші інтерпретації подій є вирішальними у визначенні нашої емоційної реакції на подію. Думки про себе, ситуації, які відбулися чи відбуваються в нашому житті, впливають на нашу поведінку, емоції та фізіологічні відчуття: **Ситуація – Думка – Емоція – Поведінка**. Ситуація: ти прокинувся вночі і чуєш, що під вікном щось шарудить. Якщо ти *подумаєш*: “О, це знову сусідський кіт пішов на полювання!”, які *емоції* та *поведінку* викличе в тебе ця думка? Або ж: “А-а... Це можуть бути злодії?” – якими тоді будуть емоції та поведінка? Отже, можемо зробити висновок, що не ситуація визначає нашу емоційну та поведінкову реакцію, а те, що ми думаємо про неї. Думки можуть бути у формі слів, речень, також це можуть бути певні картинки, образи, і вони, як хмаринки, “пролітають” у наших головах.

Практика: Проаналізуй кожен із запропонованих варіантів.

Ситуація 1. Продавець у магазині грубо до тебе звертається. Ситуація 2. Тобі дали кілька доручень, які ти не встигаєш виконати у відведений час. Ситуація 3. Ти проходиш співбесіду на цікаву для тебе роботу. а) Яка емоція буде деструктивною в цій ситуації? б) Які думки запустять цю емоцію? в) Який вплив буде деструктивним в цій ситуації? г) Яка емоція буде конструктивною в цій ситуації? д) Які думки “запустять” цю емоцію? е) Який вплив буде конструктивним у цій ситуації?”.

На 31-й день користування застосунком розробники пропонують оцінити зміни у власному стані, зосередивши увагу на таких пунктах:

Рухливість:

У мене немає проблем щодо пересування пішки.

У мене є незначні проблеми щодо пересування пішки.

У мене є помірні проблеми щодо пересування пішки.

У мене є серйозні проблеми щодо пересування пішки.

Я не можу ходити пішки.

Догляд за собою:

У мене немає проблем щодо самостійного миття або одягання.

У мене є незначні проблеми щодо самостійного миття або одягання.

У мене є помірні проблеми щодо самостійного миття або одягання.

У мене є серйозні проблеми щодо самостійного миття або одягання.

Я нездатний(-а) самостійно митися або вдягатися.

Звичайна повсякденна діяльність (наприклад, робота, навчання, хатня робота, участь у справах сім'ї або дозвілля):

Я можу без труднощів виконувати свою звичну повсякденну діяльність.

Виконуючи звичну повсякденну діяльність, я відчуваю незначні труднощі.

Виконуючи звичну повсякденну діяльність, я відчуваю помірні труднощі.

Виконуючи звичну повсякденну діяльність, я відчуваю серйозні труднощі.

Я нездатний(-а) виконувати звичну повсякденну діяльність.

Біль / Дискомфорт

Я не відчуваю болю або дискомфорту.

Я відчуваю незначний біль або дискомфорт.

Я відчуваю помірний біль або дискомфорт.

Я відчуваю сильний біль або дискомфорт.

Я відчуваю надзвичайно сильний біль або дискомфорт.

Тривога / Депресія

Я не відчуваю тривоги або депресії.

Я відчуваю незначну тривогу або депресію.

Я відчуваю помірну тривогу або депресію.

Я відчуваю сильну тривогу або депресію.

Я відчуваю надзвичайно сильну тривогу або депресію”.

У результаті проведеного нами експерименту на вибірці з 57 ветеранів АТО підтверджено, що, порівняно з первинними даними, після користування згаданим застосунком досліджувані стали набагато менше уникати розмов і спогадів про травматичний досвід. На другому місці за силою значущості – зменшення показників за шкалою інтрузії (спонтанне повторне проживання травматичної події в мирних обставинах, нічні кошмари), а на третьому – за шкалою гіперзбудження (сильні тілесні реакції, викликані згадуванням події).

Виявлені розбіжності між показниками експериментальної групи до і після користування за стосунком “СППА” були достатньо

значущими, аби вважати його справді ефективним. Та успішність застосунку з погляду зниження показників психотравматизації за усіма трьома шкалами можна пояснити не тільки тим, що він базується на методах когнітивно-поведінкової терапії. Справа в тому, що учасниками дослідження були молоді особи (26-34 роки), у яких користування смартфоном і застосунком не викликало ускладнень і спротиву. Учасники самі виявляли бажання взяти участь у дослідженні, тобто мали досить високий рівень умотивованості для самопомоги. Важливим є і те, що рівень їхньої психотравматизації був загалом середнім, тобто не йшлося про наявність важких станів. Отже, для комплексного опрацювання психотравматизації із симптомами уникнення, інтрузії та гіперзбудження досліджений мобільний застосунок є дієвим попри певні обмеження і необхідність урахування особливостей користувача (Дворник, 2018).

Крім класичної когнітивно-поведінкової терапії, фахівці все частіше підтверджують ефективність таких підходів, як пролонгована експозиційна терапія (*prolonged exposure therapy, PE*), когнітивно-процесуальна терапія (*cognitive processing therapy, CPT*), десенсибілізація і переробка рухами очей (*eye movement desensitization and reprocessing, EMDR*), тренінг примусової стимуляції стресу (*stress inoculation training, SIT*) (Mobile Apps..., 2016). Оскільки ці техніки мають чіткі протоколи і є добре структурованими, у їхній реалізації мобільні застосунки також можуть зіграти неабияку організаційну роль. Наприклад, можуть у визначений час нагадувати про необхідність відвідати психотерапевтичну сесію, виконати “домашнє завдання” чи попрактикуватися у виробленні навичок опанування стресу.

Зокрема, пролонговану експозиційну терапію створено спеціально для подолання ПТСР та пов'язаних з ним психологічних ускладнень. Вона спрямована на відтворення травматичних подій, на повторювані зустрічі з об'єктами і ситуаціями, що викликають дистрес, однак не є потенційно небезпечними. Ідея цього підходу полягає в тому, що постійне згадування про травматичну подію перестане згодом провокувати хворобливі реакції і радше стане нудним, аніж таким, що продукує травму. Найбільші успіхи з цього погляду демонструє метод експозиції, що послуговується віртуальним зануренням (*virtual reality exposure therapy*). Так, наприклад, комп'ютерна програма “Віртуальний Ірак” репрезентує травматичні події з варі-

аціями погоди, часу дня, звуків і навіть запахів, аби якомога точніше відтворити ситуацію клієнта і стимулювати його до розгортання продуктивніших сценаріїв.

Мобільний же застосунок **“PE Coach”** (“Тренер з пролонгованої експозиції”) використовують для онлайн-зустрічей постраждалого з фахівцем з експозиційної терапії і для подальшої підтримки процесу завдяки таким функціям, як запис онлайн-сесій на пристрій клієнта, складання списку активностей, яких він уникає, зберігання виконаних “домашніх завдань” та моніторинг їхньої успішності, а також відстежування змін у симптоматиці. У застосунку також можна створювати нагадування відповідно до розкладу терапевтичних сесій і виконання “домашніх завдань”. А по завершенні користування програма надає візуальний звіт про зміни в симптоматиці та подоланні поведінки уникання.

Опрацювання поведінки уникання травматичних тригерів є основною мішенню і в когнітивно-процесуальній терапії, де фахівець головним чином навчає постраждалого ідентифікувати неадекватні переконання і виробляти новий погляд на травму. У застосунку **“CPT Coach”** (“Тренер з когнітивно-процесуальної терапії”) надається інформація про те, як розвивається ПТСР, і презентуються інструменти для реструктуризації застійних уявлень про травматичний досвід. Застосунок також має опцію детального опису травматичної події для щоденного перечитування, доки згадування про неї не перестане викликати дистрес. Можна також виконувати “домашні завдання”, писати звіти, читати корисну інформацію та оцінювати власний стан, заповнюючи опитувальники. Крім того, застосунок може нагадувати про заплановані активності та робити аналіз усіх виконаних завдань.

Застосунки для десенсибілізації та переробки рухами очей (ДПРО) у зв’язку зі специфікою методу використовують аудіовізуальні можливості мобільного пристрою найбільш прицільно. Сам метод спрямований на опрацювання дисфункційних спогадів шляхом фокусування на цих спогадах та паралельної зорової, аудіальної чи тактильної стимуляції протягом короточасних сесій по 15-30 секунд (докладніше про метод див. у п. 2.5). У застосунках **“EMDR Kit”** (“Набір для ДПРО”), **“OpenEMDR”** (“Відкрий ДПРО”), **“EMDR for clinicians”** (“ДПРО для клініцистів”) пропонуються аудіовізуальні

подразники як стимульний матеріал, який фахівець може використовувати під час очної психотерапевтичної роботи.

Спеціалізованих мобільних застосунків із тренінгу примусової стимуляції стресу поки що не створено, але окремі етапи цієї відновлювальної стратегії можуть бути реалізовані завдяки комбінації інших застосунків. Так, інструменти для інформування та подолання надмірної тривожності можна знайти в застосунку “PTSD Coach”, а техніку експозиції можна відпрацьовувати за допомогою застосунку “PE Coach”.

У процесі опрацювання ознак психотравматизації можна використовувати і вузькоспрямовані застосунки, що можуть бути включені до процесу відновлення і в контексті інших видів соціально-психологічної допомоги.

Так, ключового значення набуває саме просвітницька функція застосунків, адже для потерпілого дуже важливо отримати впорядковану інформацію про свою ситуацію і зорієнтуватися, що робити далі. (Як виникають посттравматичні стани? Які чинники провокують ПТСР? Чи маю я симптоми ПТСР? Чи багато людей потерпають від таких же переживань? Що може допомогти зрозуміти свій досвід і досягти відчуття нормальності? Які способи отримання кваліфікованої допомоги є доступними? – Відповіді на ці запитання постраждали внаслідок травматичних подій можуть знайти і в українсько-мовних сервісах).

Модифікація канадського застосунку “OSI Connect” (“Опрацювання стресу від травми”) під назвою “*Мобільна психологічна допомога*” зручно відкривається в браузері будь-якого мобільного пристрою. Сайт дає змогу користувачеві оцінити власний стан за такими категоріями, як якість сну, депресія і ПТСР, а також містить відсортовані в меню текстові матеріали та пам’ятки щодо симптомів ПТСР; допомоги членам родини з бойовою психічною травмою; управління гнівом, тривогою; контролю депресії; залежності від алкоголю та наркотиків; стресу; відносин із близькими; психологічної пружності. Наприклад, контролювати джерело стресу пропонується за допомогою техніки розв’язання проблеми:

“Крок 1. Визначте проблему.

Крок 2. Поставте мету (наприклад, якого б вам хотілося розвитку подій).

Крок 3. Напрацюйте декілька можливих варіантів розв'язання цієї проблеми.

Крок 4. Оцініть переваги і недоліки різних рішень.

Крок 5. Оберіть найкраще рішення (зважте всі “за” і “проти”).

Крок 6. Складіть план виконання обраного рішення і дійте!

Крок 7. Оцініть результат.

Крок 8. Якщо перший варіант не працює, спробуйте інші”.

До меню також включено інструменти, за допомогою яких фахівці, що надають допомогу постраждалим, можуть оцінити свій власний стан (опитувальники депресії і посттравматичного стресу); відеоматеріали про ПТСР та повернення до мирного життя; а також, що, безсумнівно, важливо, надано перелік клінік і служб психологічної допомоги в різних регіонах України.

Застосунок **“PFA Mobile Ukraine”** (“Перша психологічна допомога”) містить детальні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги під час воєнних дій, стихійних лих, екстраординарних ситуацій як потерпілим самому собі, так і тим, хто опиняється поруч із ним, – побратимам, фахівцям і близьким. У застосунку є пункти: *Про першу психологічну допомогу (ППД); Типові реакції на стрес; Самозбереження; Ключові етапи ППД; Направлення потерпілих; Ресурси.*

Основні принципи надання першої психологічної допомоги такі:

1. Безпека. Потрібно надати чітку інформацію про ризики; зреагувати на занепокоєння щодо безпеки; виявити інформацію в ЗМІ / соціальних мережах і джерела дезінформації чи панічних повідомлень; також слід усіляко сприяти згуртованості, возз'єднанню сім'ї та спілкуванню з іншими.

2. Заспокоєння. Дійте спокійно, щоб зменшити страждання інших. Допоможіть постраждалим пригадати результативні способи виживання та заспокоєння, які вони використовували в минулому, і, можливо, вивчити нові, аби почуватися спокійніше.

3. Єднання з іншими. Допоможіть людям возз'єднатися з близькими, або, якщо це неможливо, допоможіть їм налагодити зв'язок з тими, хто опинився в аналогічних обставинах (сусіди, люди одного віросповідання, такі ж сім'ї з маленькими дітьми). Допоможіть сім'ям і громадам зрозуміти, що відновлення відбуватиметься різни-

ми темпами та в різний спосіб для кожного, і створить середовище толерантності.

4. Віра у свої сили та дієвість громади. Допоможіть постраждалим повірити у свої сили, визначити й застосувати свої сильні сторони та розробити нові стратегії для подолання проблем, відновлення свого життя і життя своєї громади.

5. Надія. Допоможіть постраждалим долучитися до активної діяльності і повірити, що справи підуть краще вже в наступні години, дні або тижні, навіть якщо в даний момент їм важко в це повірити.

Щоб швидше визначити, як діяти в конкретній травматичній ситуації, у пункті “Направлення потерпілих” слід зазначити місце-знаходження, вік постраждалого, стан (від повної дезорієнтації до тривоги) і гіпотетичне спрямування (від медичної допомоги до духовних центрів). А в пункті “Ресурси” містяться посилання на всю додаткову інформацію – від загальних питань соцзабезпечення, фізичної реабілітації, правової допомоги до конкретних контактів, де можна повідомити про зниклого/викраденого чи убитого, отримати допомогу у звільненні заручників тощо (детальніше про принципи першої психологічної допомоги див. у п. 2.3).

Поряд з інформуванням важливе місце в процесі психореабілітації належить моніторингу тих чи тих ускладнень. Надання постраждалим можливості отримувати підкріплення у вигляді зворотного зв'язку від застосунку допомагає їм самостійно відстежувати зміну своїх показників дистресу, усвідомлювати свій прогрес та ідентифікувати дієві засоби контролю власних симптомів. Мобільні застосунки із функцією моніторингу симптомів, цілком імовірно, виявляться більш функціональними, ніж стандартні самозвіти. Так, окремо для відстежування змін в емоційності можна користуватися застосунками “*T2 Mood Tracker*” (“Трекер настрою”) або “*Daylio*” (“Щоденник-трекер”). В останньому можна обрати українськомовне меню, а серед його переваг – індивідуальні налаштування настроїв, видів активності та автоматична статистика.

А втім, значно дієвішими показали себе інструменти для виконання певних практик, спрямованих на подолання психотравматизації. Серед найбільш поширених застосунків для самоменеджменту при травмі – сервіси для релаксації та вдосконалення медитативних навичок. Застосунки “*Breathe2Relax*” (“Дихай, аби розслабитися”),

“*Tactical Breather*” (“Тактика дихання”), “*Beat PTSD*” (“Переможи ПТСР”) надають моментальний супровід у ході виконання вправ для концентрації на діафрагмальному диханні, аби подолати панічну атаку чи надмірну агресію. А покроково навчати техніки “майндфулнес” – занурення в момент теперішнього для пригнічення стресу, вдосконалення емоційного балансу та підвищення самоусвідомлення – можуть застосунки “*Mindfulness Coach*” (“Тренер з майндфулнес”), “*The Mindfulness App*” (“Застосунок з майндфулнес”), “*The Headspace*” (“Очільник простору”), “*Smiling Mind*” (“Усміхнений розум”) тощо.

Ефективними з погляду повсякденного користування в разі психотравматизації є також застосунки, які поєднують просвітницьку, моніторингову та супровідну функції. Так, сервіси на кшталт “*What’s Up? – Mental Health App*” (“Як справи? – застосунок для психічного здоров’я”), “*Virtual Hope Box*” (“Віртуальна скринька надії”), “*LifeArmor*” (“Життєва броня”), “*Provider Resilience*” (“Постачальник психологічної пружності”) включають мотивувальні висловлювання та метафори, ігри на переведення уваги з неконструктивних думок, дихальні вправи, інструменти для моніторингу емоційних змін тощо.

Оскільки у випадку психотравматизації можуть спостерігатися супутні ускладнення, цілком доречним є використання застосунків для покращення сну (наприклад, “*CBT-i Coach*” – “Тренер з подолання безсоння”), для подолання адиктивної поведінки (“*Sober Time*” – “Час протверезіти”, “*Stay Quit Coach*” – “Не зірвися”), а також для запобігання суїциду (“*MYPLAN – Your safety plan*” – “Твій план безпеки”).

У процесі опрацювання постраждалим психотравматичного досвіду значною мірою можуть допомогти і додаткові зовнішні пристрої, на кшталт електронних браслетів, які зазвичай під’єднують до смартфонів за допомогою застосунків. Так можна відстежувати рівень варіабельності серцевого ритму або якість сну, аби ідентифікувати тригери ПТСР, депресивні стани чи підвищену тривожність.

Зовсім недавно в США було розроблено новітній спосіб опрацювання ознак психотравматизації. Безкоштовна інтерактивна програма “*Woebot*”, якою можна користуватися і на персональному комп’ютері, і на мобільних пристроях у застосунку “*Messenger*”, продемонструвала свою ефективність при депресивних станах та

підвищеній тривожності. Цей англomовний сервіс щодня “цікавиться” самопочуттям клієнта, навчас його когнітивно-поведінкових технік підвищення усвідомленості життя, пропонує вправи для опрацювання важких станів, надсилає навчальні та підбадьорливі медіа і навіть жартує.

Як бачимо, можливостей для опрацювання психотравматичного досвіду за допомогою електронних сервісів досить багато, хоча їхня ефективність потребує ретельного відстежування. Просвітницький, діагностичний, практичний, супровідний, превентивний елементи в таких застосунках можна як інкорпорувати у відновлювальну роботу із фахівцем, так і використовувати як спосіб самопомоги.

5.3. Використання мобільних застосунків для психологічної допомоги та самопомоги після травматичних подій

Попри те що в західній практиці є маса досліджень, які підтверджують ефективність імплементації мобільних застосунків у традиційну психологічну допомогу, в українських реаліях ці технологічні можливості слід осмислювати і впроваджувати по змозі критично.

Найбільш продуктивним підходом з погляду використання специфічного для травматичної ситуації застосунку видається можливість поєднувати таку технологію з роботою із психологом чи з отриманням допомоги від волонтерів, груп “Рівний – рівному”, родичів та близьких. Добре, коли корисні застосунки рекомендують значущі для потенційного користувача особи. Фахівці ж мають оцінювати реальні переваги застосунків з погляду їхньої доступності для роботи як із постраждалими, які не мають фізичних ушкоджень, так і з тими, хто має обмежені можливості (реабілітанти із сліпотю, глухотю, німотю, втраченими кінцівками, когнітивними порушеннями тощо).

З огляду на те, що відновлювальні впливи можуть здійснюватися широким колом фахівців – від клініцистів до волонтерів, ми пропонуємо таку стратегію використання мобільних застосунків як супровідного до очних інтервенцій інструменту.

Крок 1: *самопросвітництво щодо потенціалу та особливостей використання мобільних застосунків для підтримки психічного здоров'я*. Перш за все має бути сформоване уявлення про те, що мобільні застосунки є лише додатковим інструментом у психореабілітаційній взаємодії і не відмінюють цінність реальних контактів. Професіонали, оцінюючи потенційні переваги та ризики користування застосунками, мають усвідомити, що зашкодити, можливо, вони і здатні, але тільки тоді, коли ця технологія, як і будь-яка інша, неправильно розуміється або неправильно застосовується. Щоб виробити об'єктивне ставлення до застосунків, слід відстежувати новини з надійних джерел щодо таких сервісів та їхніх можливостей (наприклад, підписка на автоматичну розсилку “Google Scholar” за запитом “mental health apps”).

Крок 2: *інвентаризація власних технологічних компетенцій*. Украй необхідною є адекватна оцінка того, наскільки фахівець сам підготовлений до користування технологією мобільних застосунків, аби використовувати її в роботі з клієнтом. Крім того, фахівцеві важливо розуміти, яким категоріям постраждалих доречно рекомендувати застосунок, уміти пояснити його функціональність і заохотити клієнта до користування, а також підтримати його у виконанні активностей, пов'язаних із внесенням або зчитуванням даних. Найочевиднішим способом тут є самостійне завантаження та оцінка можливостей таких програм: наскільки простий та інтуїтивний інтерфейс (вигляд та організацію) вони мають, а також якими є технічні вимоги до пристрою, аби система працювала стабільно.

Крок 3: *визначення місця застосунку в психореабілітаційному процесі*. Залежно від спеціалізації фахівця слід визначити, на якому етапі та відповідно до яких технік психореабілітації будуть використовуватися застосунки. Адже серед усієї їх різноманітності можна дібрати такий інструмент, який, зберігаючи час під час очних зустрічей, структуруватиме просвітницький етап, спростить діагностичний, збагатить базисний або ж зможе повністю замінити підтримувальний. Так, для інформування на початкових етапах відновлення після психотравми можна скористатися вже згаданими українськомовними сервісами “Мобільна психологічна допомога”, “PFA Mobile Ukraine”, а базисний чи підтримувально-профілактичний етапи супроводжувати застосунками “Карманний психолог” (із курсом “Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів”) і “Daylio”. Ді-

агностичні та моніторингові дані, відповідно, клієнт може збирати самостійно і передавати фахівцеві для планування подальшої психореабілітаційної роботи. Але перш за все потрібно з'ясувати, чи має потерпілий достатньо компетентності для користування застосунком, чи згоден він на такі взаємодії та чи зберігається його мотивація користуватися приладом у подальшому.

Крок 4: *вибір релевантного застосунку*. Завантажуваний на пристрій потерпілого застосунок має відповідати конкретній меті впливів. Якщо він використовуватиметься як спеціально розроблений для певного психотерапевтичного підходу, то його якість має бути підтверджена спільнотами фахівців, які працюють у відповідній парадигмі (як зазначалося, для пролонгованої експозиційної терапії, наприклад, використовується застосунок “PE Coach”, а для когнітивно-процесуальної терапії – “CPT Coach”). Коли йдеться про інші види психореабілітації, включно і з індивідуальними, і з груповими формами роботи, потрібно також звертати увагу на належність розробки запланованих до використання застосунків. Якщо даних про науково підтверджену ефективність застосунку немає, фахівцеві слід самостійно оцінити якість просвітницької інформації, діагностичних інструментів, вправ та інших функцій. Звичайно, застосунок може не бути комплексно спрямованим на подолання психотрауматизації. Але застосунки для опрацювання окремих ускладнень: депресії, підвищеної тривожності, агресії, безсоння тощо – мають також послуговуватися перевіреними методами для подолання саме цих симптомів.

Крок 5: *безпосереднє користування застосунком*. Для безпосередньої експлуатації застосунку в психореабілітаційному процесі його мають завантажити і фахівець, і клієнт, аби пересвідчитися в однаковості розуміння його відображення та функціонування. Також необхідно домовитися, як часто і в яких конкретно випадках у процесі відновлення постраждалих буде звертатися до застосунку і чи буде (або якою мірою буде) фахівець використовувати клієнтські дані, що накопичуються в застосунку.

Здійснюючи імплементацію застосунків у традиційний психореабілітаційний процес, варто орієнтуватися саме на домовленості з постраждалими з приводу таких нововведень, постійно коригуючи міру їхньої наявності та функціональної спрямованості в процесі допомоги. Якщо ж постраждалих шукає варіанти самостійної роботи з психотравматичними переживаннями, то йому необхідно пересвід-

читися в тому, що електронна самопомога буде найліпшим варіантом. Так, мобільні застосунки можуть справді стати в пригоді, якщо:

- є економічні бар'єри для очної психореабілітації (наприклад, постраждалий не може собі її дозволити);

- потерпілий живе у віддаленій місцевості, де фахівці не завжди доступні;

- у постраждалого є фізичні травми, які ускладнюють його участь у традиційній відновлювальній роботі або роблять її взагалі неможливою;

- постраждалий розмірковує над тим, чи скористатися йому традиційною психологічною допомогою, але спершу хоче спробувати, як вона діє, і з'ясувати, як вона влаштована.

У разі самостійного користування застосунком для подолання наслідків травматичних подій він має відповідати переважній більшості наведених нижче вимог:

1. *Адапована під електронний спосіб подання парадигма допомоги.* На сьогодні, як уже неодноразово зазначалося, єдиним підтвердженим психотерапевтичним підходом для ефективного застосування в електронній формі є когнітивно-поведінковий (КПТ), який поєднує навчальний компонент та інструктаж щодо набуття бажаних змін в емоційному, пізнавальному та поведінковому аспектах. Техніки КПТ майже не мають протипоказань для самостійного використання і вже довели свою продуктивність (співвідношення ефективності та швидкості зняття симптомів) у випадку депресії, підвищеної тривожності і ПТСР.

2. *Належний інструментарій для діагностики та моніторингу стану користувача.* Ефективний застосунок поєднує валідні, надійні та репрезентативні діагностичні інструменти, аби визначати рівень проявів проблематики користувача та здійснювати порівняльні заміри його стану (думок, настрою, почуттів, поведінки) на початку, протягом і після користування відповідними техніками.

3. *Автоматичне вибудовування програми допомоги “під користувача”.* Дієвий застосунок має послуговуватися автоматичним програмуванням послідовності дій, які пропонуються користувачеві відповідно до внесених ним персональних даних. Завдяки такому вибудовуванню застосунок може “порекомендувати” саме те рішення, яке є найбільш прийнятним для конкретного користувача.

4. *Специфічна психоедукативна інформація.* Як уже зазначалося, інформація про те, що саме приховується за певною психологічною проблемою і які потрібні ресурси, аби її подолати, є важливим елементом відновлення після психотравматизації. Аудіовізуальні можливості смартфонів мають спростити форму подання такої інформації, звертаючись до образного сприйняття користувачів та стимулюючи краще розуміння власних ускладнень.

5. *Рекомендації для повсякденної діяльності.* Реабілітація після отриманої психотравми має бути комплексною та замінити непродуктивні повсякденні практики на цілювальні. Тому травмований завдяки застосунку має дізнатися про ті щоденні активності, які зможуть поліпшити настрій, мотивувати на створення планів, подолати цикли поведінки уникання, розвинути навички перебування в “тут і тепер”, спонукати до здорових копінгів.

6. *Залучення в режимі реального часу.* Можливість використання застосунку в момент переживання психологічних випробувань або безпосередньо після них створює прийнятні умови для втілення копінг-стратегій у максимально екологічному контексті. Без такого моментального надходження допомоги часто неможливо запобігти руйнівним наслідкам психологічно хворобливих переживань користувача.

7. *Відповідність рекомендацій конкретній проблемі.* Якщо користувач матиме доступ до інформації, як йому діяти в разі конкретних психологічних ускладнень, у нього за принципом обумовлення буде повторюватися поведінка, яка раніше сприяла поліпшенню стану. Дії, які послаблюють психологічний дистрес, посилюють самоефективність або винагороджують користувача якимось іншим чином, завдяки нагадуванню можуть швидше перетворитися на корисну звичку.

8. *Нагадування про користування.* Оскільки постраждалий може забувати про важливість виконання рекомендованого, така функція застосунку, як нагадування, дає змогу посилити прихильність до користування ним і зменшити ризик “випадання” з процесу самопомоги. Однак при цьому, аби нагадування не стали чинником роздратування і, навпаки, відмови від застосунку, варто налаштувати їх зручним для користувача чином, що має бути зазначено в інструкції до користування.

9. *Залучення елементів гри.* Прихильність людини до складних завдань зростає, якщо вони подані як ігри. А коли у грі є мета, то її досягнення дає більше задоволення. Постраждали, які мають низьку вмотивованість, неохоче користуватимуться застосунком просто для самопомоги. Гейміфікований же застосунок може привабити своєю інтерактивністю та посилити мотивацію до досягнення мети – поліпшення вихідного стану постраждалого – завдяки винагородам та подрібненню абстрактних цілей на конкретні завдання. Однак при цьому ігрові елементи в психологічному застосунку мають не замінювати реальність, а наближати користувача до неї, підштовхуючи саме до офлайн-практик.

10. *Простий та інтуїтивний дизайн.* Проста для сприйняття і навігації електронна програма прямо впливає на залученість користувача і психореабілітаційний ефект. Застосунок, яким приємно і легко користуватися – запорука успіху в подоланні потерпілим ускладнень, адже йому не потрібно витратити додаткові ресурси для того, щоб пристосовуватися до ексцентричного або перевантаженого дизайну чи детально розбиратися, як влаштована програма.

11. *Збереження історії дій.* Фіксація та зберігання даних користувача може продемонструвати динаміку його змін і досягнень. Тому так званий “журнал історії дій” може потенційно посилити бажання користувача й надалі практикувати ті види активності, які пропонуються в застосунку.

12. *Відкритість до перевірки ефективності.* Серед тисяч мобільних застосунків для підтримки психологічного здоров’я лише одиниці мають наукові докази ефективності. Тому автоматично зібрані дані із застосунку, які не містять конфіденційної інформації, мають за згодою користувача бути доступними для аналізу та подальших можливих удосконалень.

13. *Заохочення діяльності без використання пристрою.* Яким би корисним не був смартфон-застосунок з погляду структурування повсякденного життя після отримання психотравми, він не зможе замінити таку необхідну і цілювальну фізичну активність. Тому в самій програмі на цьому має наголошуватися і до цього слід постійно заохочувати клієнта, що є важливою умовою психореабілітації.

14. *Можливість використання з неклінічною метою.* Навіть ті застосунки, які розраховані на вирішення специфічних психологічних проблем або супровід у випадку розладів (ПТСР, депресія, три-

вожність, межові розлади тощо), мають бути спроектованими таким чином, щоб стати в пригоді широкій аудиторії із психопрофілактичною метою – допомогти підтримувати психологічне благополуччя та здорові копінги користувачів.

15. *Посилання на центри очної психологічної допомоги.* Адресування до кризових центрів скорочує дистанцію між фахівцями і тими, хто потребує допомоги. До того ж великий список таких центрів може продемонструвати постраждалому, що він у будь-якому разі не залишиться без допомоги. Без таких посилань неможливо реалізувати принцип комплексності психореабілітації, адже електронна самопомога за допомогою мобільних застосунків – це лише одна з технологій подолання наслідків травматичних подій.

Висновки до розділу

Добираючи застосунок для самопомоги після психотравматичних подій, потерпілий має також знати, що успішне відновлення передбачає проходження низки етапів:

1. Інвентаризація: “Що зі мною?” (інструменти для оцінювання реальної ситуації та вправи для її прийняття).

2. Навички: “Чи можна це змінити?” (навчання технік, що допомагають справлятися із симптомами).

3. Перспективи: “На що варто очікувати?” (вправи на переінтерпретацію власного досвіду та отримання надії, техніки побудови планів на майбутнє).

4. Моніторинг: “Чи справді відбуваються зміни?” (система відстежування змін на краще).

5. Упевненість: “Як жити з новими набутками?” (методики на формування цінності власних пріоритетів та введення отриманих навичок у повсякденну практику).

Оскільки в одному застосунку навряд чи можливо вмістити всі етапи психореабілітації, то фахівці можуть рекомендувати постражданим для самостійного користування певні комбінації застосунків, які дають змогу реалізувати описані етапи. Однак слід також пам’ятати, що електронні інтервенції не слід рекомендувати як ексклюзивний тип самопомоги, особливо тим потерпілим, які мають

важку симптоматику і стикаються із супутніми ускладненнями (неконтрольоване вживання психоактивних речовин, суїцидальні спроби тощо).

У разі самостійного користування мобільні застосунки слід розглядати саме як спосіб надання первинної допомоги тим, хто має обмежені ресурси. Однак широке залучення потерпілих до користування відповідними застосунками може позитивно вплинути на подальше отримання допомоги поза виміром електронного сервісу: реабілітанти можуть звертатися як до різного роду фахівців, так і до груп взаємодопомоги.

Зрештою, питання не в тому, сказати застосункам “так” або “ні”, а в тому, яким чином скористатися новими можливостями. Віртуальність і мобільні програми – це цінний простір та інструмент для невідкладної допомоги, попереднього ознайомлення із психореабілітаційними процедурами та ефективною і тривалою психологічною підтримки.

Практичні завдання

Зайдіть за допомогою свого мобільного пристрою в програму Play Market / App Store / Microsoft Store (або інші – залежно від операційної системи та встановлених завантажувальних платформ). У контекстному меню оберіть вкладку “Категорії” та знайдіть у списку “Стиль життя” і “Медицина”. Натиснувши по чергово на кожну з категорій, проаналізуйте, чи є серед показаних популярних застосунків психологічні і наскільки, на вашу думку, вони можуть виявитися дієвими.

Поверніться до головного екрана. У пошуковому рядку введіть запити до описаних у тексті (п. 5.2) застосунків (“PTSD Coach”, “Карманный психолог”, “PFA Mobile Ukraine”, “Daylio” тощо). Перегляньте описи знайдених застосунків та відгуки користувачів, чи можна вважати ці застосунки надійними. Завантажте застосунки, які здалися вам найкориснішими, враховуючи при цьому 15 описаних у п. 5.3 вимог до ефективних застосунків.

Почніть користуватися завантаженими застосунками. Оцініть їхній дизайн, зручність та відповідність особливостям вашої пробле-

ми. Обміркуйте, які вони мають переваги та обмеження. Залиште відгук про якість застосунку, який використовуєте, на завантажувальній платформі – розробникові потрібен зворотний зв'язок для виправлення недоліків.

Проаналізуйте дієвість застосунку. Чи можна завдяки йому компетентно визначити свій стан, навчитися технік, що допомагають його опанувати, відстежувати власний прогрес та підтримувати корисні навички в повсякденному житті? Якщо він містить не всі етапи самопомоги, то замість якого етапу його можна використовувати і як інтегрувати в роботу з фахівцем?

Пам'ятайте: якщо виникає нагальна потреба в опрацюванні гострого посттравматичного стану, жоден застосунок не буде дієвим, тож у такому разі слід звернутися до фахівця безпосередньо (очно).

РОЗДІЛ 6

ТЕХНОЛОГІЇ ВІДНОВЛЕННЯ САМОЕФЕКТИВНОСТІ ОСОБИСТОСТІ, ЯКА ПЕРЕЖИВАЄ ВТРАТУ

6.1. Переживання втрати: особистісне спустошення чи простір для нового?

Психологічна природа втрат неоднозначна і суперечлива. Сам факт втрати і її переживання не завжди є тотожними чи паралельними процесами. Не всі втрати переживаються як такі, і не всі переживання втрат пов'язані з реальними втратами. З одного боку, це спустошення і руйнація звичного світу, з другого боку – зміни, оновлення простору, його перебудова. Жоден людський досвід не можна уявити без втрат, адже вони є безперервним і генетично обумовленим досвідом життя, що набуває різних варіативних форм та концептуалізацій. Незважаючи на превалювання в повсякденності розуміння втрати в негативному значенні (втрата, позбавлення, збиток, недолік, нестача, вада, зникнення, руйнування, згуба, страта, загибель, смерть, шкода, втрачання, загублення), у глибинно-смысловому значенні є і позитивний аспект, що дає підстави розглядати втрату як ресурс: очищення, звільнення від усього непотрібного, зайвого.

Більшість психологічних досліджень втрати пов'язані зі смертю близької людини, з її психологічними наслідками, зокрема переживанням страждань, болю, горя, скорботи, смутку, відчуття внутрішньої спустошеності та самотності (Р. А. Неймеєр, А. Лорі, Н. Хоган, С. Бохнер, Д. Боулбі, С. Паркес, Д. Хелл, Х. Г. Прігерсон, Ф. Ю. Василюк). Однак варто зазначити, що поняття втрати може тлумачитися значно ширше залежно від контексту її появи. У воєн-

ному контексті українських реалій можна говорити про численні людські і фізичні втрати, які щоденно стають приводом для інформаційних сюжетів. Не менш численними є соціальні втрати, які гостро відчувають військові та вимушені переселенці (втрата зв'язків з іншими людьми, втрата соціальних ролей та статусів, втрата роботи, житла).

Однак психологічні втрати, які торкнулися всього населення України, потребують особливої уваги. Найбільш відчутною і водночас фундаментальною є втрата відчуття безпеки. Адже втрата можливості задоволення базової потреби людини автоматично провокує втрату відчуття спокою, стабільності, упевненості в собі та в майбутньому.

Згідно з концепцією “втрати значущих для індивіда об'єктів” Х. Фрайбергера, реальна втрата важливих об'єктів, до яких людина звикла або виявляла особливу прихильність, може порушити вибудовану систему життєвих зв'язків, дестабілізувати самопочуття суб'єкта, зруйнувати його цілісність, неперервність та відчуття повноти існування. Унаслідок події втрати, коли цілісність життєвого світу порушується, виникає тимчасове відчуття спустошеності, яке за умови пролонгованої дії та незнання конструктивних копінгів може призвести до психосоматизації, негативізму, пригніченості, депресії, зниження толерантності особистості до стресу та, відповідно, зниження загального рівня якості її життя.

Відчуття спустошеності після події втрати насамперед пов'язане з рівнем ототожнення особистості себе з об'єктом втрати. Перебуваючи в тісних взаємозв'язках зі значущими об'єктами, людина гостро переживає біль, страждання, горе, коли ці зв'язки послаблюються або взагалі руйнуються чи зникають. Такий болісний процес розривання зв'язків можна пояснити тим, що одразу після формування уявлення про власне Я починається поступовий і безперервний процес накопичення всього, що набуває статусу “Моє”. І чим тіснішими стають зв'язки між “Я” і “Моє”, коли людина ідентифікує себе з певним об'єктом, фактом, подією, тим болючішими є відчуття, які виникають унаслідок втрати таких зв'язків. Рівень міцності і близькості цих зв'язків може бути різний: від простого накопичення до більш серйозного укорінення та злиття з потенційним об'єктом втрати.

Чи не від самого народження людина перебуває в процесі накопичення: знань, умінь, навичок, інформації, соціальних зв'язків, емоцій, вражень, матеріальних речей тощо. Усе це поступово диференціюється, знаходить відповідне місце в життєвому досвіді особистості й набуває своєї цінності. Накопичуючи важливі для себе речі, людина стає носієм (власником) певних благ (матеріальних, соціальних, інформаційних, духовних), якими вона може розпоряджатися як своїм особистісним капіталом (ресурсом). Накопичення – це один із перших рівнів взаємодії людини зі значущими об'єктами, які вона включає у власний реєстр ресурсів.

Однак усе набуте людиною може бути нею ж і втрачене. Коли людина переживає втрату, яка часто супроводжується відчуттям спустошеності, їй хочеться якнайшвидше цю прірву чимось заповнити, поєднати розірвані втратою частки життя, відновити неперервність життєвого шляху, повернути рівновагу в життя, досягти колишнього балансу. Так, психоаналітична теорія пояснює природу страждань через втрату зникненням “улюбленого об'єкта лібідо”, який більше не існує у фізичному просторі, але потребує ще величезної кількості енергії і часу для розірвання зв'язку між об'єктом втрати і лібідо, а відтак певний час і далі існує в психічному вимірі людини. Розривання згаданого зв'язку відбувається не одномоментно, це зазвичай пролонгований у часі процес. Переживання втрати значущого об'єкта постійно активізує в людині внутрішній спротив щодо прийняття реальності втрати або шляхом її заперечення, або шляхом її заміщення новим об'єктом (Тэхкэ, 2001). Тому на цьому етапі життєвий простір може бути наповнений (розумно або бездумно; заплановано або хаотично; свідомо або несвідомо) різними речами, людьми, подіями, які сприймаються людиною як такі, що відволікають від неприємного і травматичного, заміщують втрачене чи загублене, переводять увагу з “поганого” на “хороше”, заміщають “старе” на щось “нове” або “схоже”. Навіть якщо на актуальний момент часу людина не знає, яким чином, коли, для чого і навіщо це їй знадобиться, сам факт появи нового об'єкта уваги в її життєвому просторі зменшує напруженість від події втрати.

Часто людина починає відчувати непереборний потяг до придбання і зберігання речей після якоїсь психотравми, втрати близької людини, втрати роботи або значущої соціальної діяльності, унаслідок виникнення проблем зі здоров'ям або набуття інвалідності. Матеріальне накопичення речей у цьому випадку покликане заповнити

виникли внутрішню порожнечу й компенсувати наслідки соціальної і психологічної ізоляції.

Важко переживається втрата значущих об'єктів, які міцно вкорінені у свідомості людини. Близьке за значенням і змістом поняття трапляється в Е. Фромма – інкорпорування (фізичне, символічне, магічне), у З. Фрейда – ітроекція, або ідентифікація, що відтворює процес символічного поглинання людиною об'єкта, який перебуває в полі її зацікавленості, максимальне зближення з ним. Укоріненими у внутрішній досвід і свідомість людини можуть бути значущі інші люди, влада, суспільство, ідея чи образ. Так, наприклад, людина, яка потрапляє в полон і піддається жадливим тортурам, зазнає численних фізичних, емоційних втрат, не “розколюється” на допиті і залишається вірною своїм внутрішнім переконанням (краще втратити життя, ніж гідність).

Ще тісніший психологічний зв'язок зі значущими об'єктами, що межує із своєрідною залежністю, забезпечує психологічний механізм злиття, завдяки якому людина, часто несвідомо, ототожнює себе з іншою людиною, процесом, станом, властивістю без виокремлення власного Я в цій взаємодії, без дотримання певних внутрішніх і зовнішніх меж. На цьому рівні зближення з об'єктом характерною ознакою є те, що в людини розмиваються особистісні межі (людина не відчуває, що вона самостійний суб'єкт життєдіяльності, не переймається тим, хто вона є і чого прагне в житті).

Зазвичай “Я” особистості втрачається через об'єднання та ототожнення себе з кимось значущим іншим. Це може бути як одна людина (хтось із батьків, чоловік/дружина, дитина), так і група людей (субкультура, національність, релігія). Людина в стані злиття транслює світові не свої власні цінності, а цінності значущої людини або певної групи, до яких вона ставиться некритично, а відтак помилково вважає їх власними, не помічаючи того, що вони шкодять чи суперечать її власним переконанням.

Втрата значущого об'єкта з таким рівнем близькості загрожує поглибленням кризового стану особистості. Масштаби внутрішньої порожнечі можуть поглинути увесь життєвий світ особистості, не лишаючи простору для самого життя. За таких проявів ризик появи суїцидальної активності значно підвищується, адже те, що було для людини усім, зникло, а власних життєвих координат на карті життя ще не з'явилося.

Як би ми не трактували самі події втрати, але щось змушує нас бути більш чутливими і вразливими до їхнього впливу на наше життя. Так, психологи і неврологи з'ясували, як переживання втрат проявляється в активності мозку учасників експерименту, які здійснювали певні фінансові операції. Виявилось, що більш сильною була реакція мозку на можливі втрати, а не на здобутки (When gains..., 2007). Це явище вчені назвали нейронним неприйняттям втрат. Люди виявляли різну чутливість до втрат, і їхні нейронні відповіді передбачали відмінності в поведінці. З'ясувалося, що неприйняття втрат не обмежується рішеннями, що виникають у ситуації невизначеності, а спостерігається і в ситуаціях, коли результати відомі, прогнозовані (Tversky, Kahneman, 1991). Якщо людина неспроможна прийняти втрату, вона намагається її уникнути. Тобто цінність уникнення втрати вища за цінність отримання “прибутку”. Це можна пояснити тим, що негативні події дістають значно більший емоційний відгук, ніж події позитивні. Наш мозок починає активно реагувати ще на етапі потенційної можливості втрати, змушуючи людей мобілізувати всі сили і ресурси задля її уникнення. А коли втрати уникнути не вдається, не завжди вистачає ресурсів для її переживання.

Представники екзистенційного підходу не заперечують негативних переживань, пов'язаних із втратою, але роблять акцент на позитиві. Внутрішня спустошеність унаслідок втрати, відчуття розгубленості та невизначеності стають чудовою можливістю для позитивних перетворень у життєвому досвіді людини, стартовим майданчиком для особистісного зростання (І. Ялом, А. Ленгле, В. Франкл, R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun). На думку В. Франкла, переживання безвихідних і складних життєвих ситуацій (як, наприклад, втрата, яку не можна повернути) актуалізує в людині її найвищу цінність через віднайдення глибинного сенсу страждання. Допоміжну роль під час переживання втрати відіграють стани горювання і розкаяння, які допомагають “завершити” обірвані, зруйновані зв'язки між людиною і втраченим об'єктом (Франкл, 2018).

Отже, явище втрати завдяки своїй амбівалентній природі може бути як причиною психологічних страждань, так і можливістю для психологічного відродження, оновлення. Переживання втрати (горя, складної життєвої ситуації) може активізувати особистісні позитивні перетворення, трансформуючи негативні стани особистості у чи не найпотужніший життєвий ресурс.

6.2. Використання ресурсу самоефективності військовими, які пережили втрату

Війна є джерелом травм, які відносять до найважчих. До них належать і численні втрати, яких щоденно зазнають військові на передовій. Неможливість правильно і вчасно пережити втрату, пролонгований ризик постійної травматизації призводять до значних психічних порушень, депресивних станів, що негативно впливає на самоефективність і продуктивність, необхідні для вибудовування конструктивних копінгів.

Особливої уваги потребують військові, які перебувають у гарячих точках. Наслідки воєнних травм без належного їх опрацювання можуть спочатку призвести до надламу людини, а згодом і повністю зламати її. Ураження війною породжує соціальну дезорієнтацію, втрату контактів, ідентичності та цілісності “Я”, порушення в сприйнятті світу і своєї ролі в ньому, відчуття розпачу, спустошеності, провини. Для того щоб запобігти таким негативним наслідкам, слід усіяко сприяти підвищенню самоефективності особистості. Цей ключовий ресурс конструктивного переживання втрат відкриває можливості для позитивних трансформацій травматичного досвіду.

За допомогою глибинного напівструктурованого інтерв'ю можна визначити більш прицільно і точно, як саме втрата знижує рівень самоефективності особистості. На основі глибинних інтерв'ю з військовими, що наразі перебувають у зоні бойових дій, було побудовано модель пошуку ресурсу для відновлення самоефективності після переживання втрати. Модель дає змогу побачити, як переживання втрати пов'язане із життєвим простором особистості і ресурсом, що безпосередньо впливає на її самоефективність.

Спершу слід було з'ясувати специфіку життєвого простору військового, який перебуває на передовій. Якщо у звичайної, пересічної людини життя має три класичні виміри (минуле, теперішнє і майбутнє) з відносною неперервністю та хронологією, то життя військового досить різко поділяється на життя до війни, життя на передовій і життя після війни в цивільному просторі. Відбувається свого роду виривання особистості з одного контексту і різке переміщення її в новий (абсолютно відмінний, не схожий на попередній, небезпеч-

ний для життя). Звичні способи взаємодії зі світом стають неефективними і більше заважають, ніж допомагають людині адаптуватися до нових умов. З усією гостротою постає потреба в якнайшвидшому напрацюванні нового досвіду, особливо коли старі схеми поведінки та мислення в новому контексті втрачають свою функціональність.

Наступний елемент моделі – це безпосередньо втрати, які є невід’ємною частиною територіальних, соціальних, психологічних змін, яких зазнають військові щоденно. Основні типи втрат можна розподілити за критерієм модальності на три групи: *фізичні* (смерть друзів-побратимів, тілесні ушкодження, інвалідність, каліцтва, виникнення і загострення хронічних хвороб, втрата фізичного комфорту, холод, бруд, антигігієна, брак нормальної їжі, сексу, безсоння, втрата стратегічної території); *соціальні* (розрив з коханою людиною, розлучення, розлука із сім’єю, демобілізація друзів-побратимів, втрата зв’язку з цивільними, міжособистісні конфлікти з товаришами по службі, втрата роботи); *психологічні* (розмивання ідентичності особистості – “хто я в нових умовах?”, втрата довіри до держави, до командування, до керівництва, натомість посилення розчарування, злості, обурення, роздратування, гніву, ненависті, зневаги через професійну некомпетентність, особистісне збагачення “на крові інших”, втрата мотивації до перебування на війні, втрата самоповаги і цінностей, втрата самоконтролю, панічні атаки, прояви фізичної агресії, алкоголізація, бійки, суїцидальні спроби). З’ясовано, що найбільший вплив на зниження рівня самоефективності військового на передовій мають смерть друзів, брак сну та втрата мотивації до перебування на війні (Мирончак, 2017).

Незалежно від різновиду втрати у людини природно виникає потреба заповнити виниклу порожнечу шляхом пошуку ресурсу, який би допоміг пережити цей період, замінити тимчасово об’єкт втрати хоча б частково до моменту відновлення життєвої рівноваги. Ресурсом у даному контексті може бути все, що здатне людину підтримувати, підбадьорювати, тримати в оптимальному тонусі для вирішення життєвих завдань, вселяти їй віру, впевненість у собі. Ресурс має тривимірну локалізацію. Він може бути напрацьованим військовими ще до війни (це, наприклад, гармонійні стосунки із сім’єю, відмінна фізична підготовка, міцна імунна система, надихаючі, приємні спогади, успішний досвід перебування в нетипових або екстремальних життєвих обставинах тощо). Ресурс також може бути лока-

лізований у момент переживання втрати і виникати спонтанно, неочікувано для самої людини. Це, наприклад, звернення до Бога з проханням допомогти їй вижити, навіть якщо до цього вона вважала 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 в 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”*). Це також ресурс, якого ще не було в життєвому просторі військового. Наприклад, ментальна конструкція, орієнтована на майбутнє, безсумнівно, відіграє важливу роль у відновленні самоефективності. Прикладами таких конструкцій є мрії і роздуми про життя після війни, фантазування про щось важливе, цінне, значуще для людини, конструювання нею планів на майбутнє, моделювання своїх наступних кроків і дій після завершення військової служби, програвання різних сценаріїв подальшої діяльності в цивільному житті тощо.

Від того, як людина буде справлятися із ситуацією втрати, якими ресурсами вона володітиме на момент зіткнення з нетиповою, стресогенною життєвою подією, буде залежати рівень її самоефективності. Через індивідуальні особливості особистості, наявність у неї актуальних ресурсів, необхідних для конструктивного переживання втрати, рівень її самоефективності може залишатися або відносно стійким, що забезпечує необхідну адаптивність людини до нових умов життя, або ж він буде знижуватися – в разі нефункціональності ресурсів особистості чи тоді, коли їх бракує.

Отже, одним із найважливіших особистісних ресурсів, коли йдеться про успішне проходження військової служби, є відновлення, збереження та підтримка рівня самоефективності військового. Яким чином військові підтримують оптимальний рівень самоефективності в несприятливих, небезпечних для життя умовах, коли необхідність бути ефективним зростає в разі? Якими практиками підтримання самоефективності вони користуються? Щоб знайти відповіді на ці запитання, було проведено контент-аналіз текстів досліджуваних, що вирізнялися високим рівнем самоефективності.

Практики усвідомлення та прийняття військової діяльності характерні для професійних військових, які мають спеціалізовану військову освіту, серйозний досвід війни і пройшли своєрідну ініціацію смертю (Ірак, Афганістан). Здебільшого такі солдати є добровольцями, а рішення йти воювати вони приймали самостійно, усвідомлено, без примусу чи соціального тиску. Тому вони мають певний рівень зрілості, відчувають відповідальність за свої дії, своє життя. Основою їхньої мотивації здебільшого є не абстрактний смисл, а реальна потреба в здійсненні саме військової діяльності. Через це вони схильні нормалізувати все, що пов'язано з війною і її атрибутами, і не мають зайвих, нереальних очікувань. Здатність зберігати холодний розум, безперечно, впливає на самоефективність військового, на його емоційну стійкість та силу опірних механізмів під час переживання воєнних втрат.

Практики самозаспокоєння, по суті, базуються на використанні певних повторюваних когнітивних конструкцій, які містять особистісно значуще твердження. Вони слугують своєрідним заспокійливим засобом, психологічною пігулкою, яка в умовах дефіциту альтернативних засобів може мати досить позитивний ефект. У перманентному стані бойової готовності, неспокою такі семантичні конструкції пом'якшують тривожність військового, зменшують її інтенсивність. В основі цієї практики лежать механізми самопрограмування, самонавіювання. І чим простіша така семантична конструкція, тим вона ефективніша. Це своєрідне життєве кредо чи девіз, яким послуговується військовий, це його життєвий принцип, що підкреслює цінність життя на протигагу необхідності вбивати, це відтворення конфлікту “свої – чужі”, “вороги – друзі”, образ війни і її реальність, сім'я (дружина й діти) і військова сім'я (побратими), життя і смерть. Наприклад: *“Усе буде добре. Все рано чи пізно завершиться. Якщо не ми, то хто? Я вірю, що виживу. Я чоловік і не можу чинити інакше”*.

Практики самозаспокоювання тісно пов'язані з мотивами перебування на війні, особистими чи загальноприйнятими. Зміст цих переконань може бути найрізноманітніший (піти воювати – це героїчно, патріотично, необхідно заради держави та майбутнього, обов'язок кожного чоловіка в країні, прояв мужності та достоїнства). Поки значущий смисловий конструкт буде залишатися акту-

альним, він підживлюватиме особистісний сенс того, заради чого солдат перебуває на війні.

Практики взаємодії та підтримки. Цей різновид практик підтримання самоефективності є найпоширенішим серед військових. Як відмічають самі військові, “ніщо так не додає енергії, сили і віри в себе, як підтримка рідних і близьких тобі людей”. У військових, чії рідні та друзі підтримують їх, не намагаються осудити чи переконати в безглуздіості їхнього вибору перебування на війні, рівень самоефективності значно вищий. Адже сили не витрачаються на постійні намагання переконати інших у правильності свого рішення, відстояти свою позицію, а зосереджуються безпосередньо на професійній діяльності. Значно гірше почуваються ті, у кого рідні проявляють досить стійку опозицію до їх рішення продовжувати воювати. Важкі психологічні стани, в яких може перебувати військовий через втрати на передовій, підсилюються ще й гострим почуттям провини перед рідними, що звинувачують його в байдужості до них або взагалі знецінюють його діяльність, буцімто все це марне, безглузде, не варте його життя. За даними управління психологічного забезпечення Збройних сил України, приблизно кожна десята смерть військового на Донбасі – самогубство, причому у 80% таких випадків причиною стають сімейні проблеми і непорозуміння.

Не менш важливою є налагоджена взаємодія з побратимами по службі, а інколи їхня підтримка є важливішою і значущішою, ніж від рідних по крові. Адже для багатьох військових внутрішньогруповий процес злиття, на якому побудована майже вся міжособистісна взаємодія у військових частинах, запускає процес змін у самоідентифікації, що сприяє зміцненню поняття “ми” та відчуття належності (колеги стають побратимами, ріднею, а рота – сім’єю).

Діяльнісні практики. Це будь-які повторювані і звичні для військового дії (здебільшого фізичні), що сприяють зменшенню психологічного тиску, спричиненого, наприклад, страхом смерті. Такі практики часто є щоденними для військової повсякденності ритуалами. Діяльнісні практики не обов’язково усвідомлюються, радше навпаки. Повторювані дії або специфічні ритуали відіграють більшою мірою супроводжувальну, допоміжну роль. Завдяки цим практикам військовий не занурюється у прискіпливу інтерпретацію по-

дій, не підживлює сумніви, не застрягає у вічних пошуках пояснень і виправдань, адже проста, рутинна діяльність не залишає для цього часу. Завдяки діяльнісним практикам увага військового природним чином відволікається від травматичних думок, аналізу, оцінок, самозвинувачень, які можуть розбалансувати внутрішню рівновагу. Фізичні дії активізують одразу декілька процесів: підтримку тіла в хорошій фізичній формі та емоційну розрядку.

Цей тип практик усвідомлюється так: *“...головне не думати, а просто щось робити. Погано тоді, коли немає чого робити. Потроху божеволієш. Тоді я просто йду качатися, віджиматися, щоб не пити, як інші”*. Наприклад, започаткований американськими ветеранами у В’єтнамі рух “22PushUpChallenge” (відтискання як спосіб підтримки військових) дуже швидко набув популярності в різних країнах світу, у тому числі і в Україні. Це спосіб, у який мільйони людей, щоб підтримати своїх воїнів, намагаються привернути увагу суспільства до теми самогубств серед військових, зробити акцент на користі спорту й активних дій як альтернативі пасивності і зневірі, спортом відволікти ветеранів від вживання алкоголю та наркотиків, залучивши їх до здорового способу життя.

Деструктивні практики в умовах підвищеного ризику, небезпеки для життя нерідко виявляються способом зняття надмірної внутрішньої напруги, послаблення стресу. На жаль, такий різновид практик має ряд неприємних наслідків для здоров’я. До деструктивних практик, що локально, ситуативно допомагають військовому підтримувати необхідний рівень самоефективності на передовій, належать: вживання алкоголю (у помірних дозах, “для хоробрості”), тютюнопаління, енергетичні напої в разі безсоння (коли слід виконувати службові завдання) та надмірне вживання ненормативної лексики. Навіть ті, що до війни не були прихильниками таких практик, погоджуються з тим, що на передовій ці практики стають невід’ємною частиною побуту.

Своєрідний терапевтичний ефект від вживання ненормативної лексики підтвердили дослідники університету Кіле (Великобританія), які виявили, що гнівний крик та вживання ненормативної лексики підвищують толерантність до болю, сприяють збільшенню частоти серцевих скорочень та знижують больові пороги (Stephens, Atkins, Kingston, 2009). Емоційно забарвлена лайка під час складних чи

нестандарних для людини випробувань, яких на війні завжди понад міру, може мати не лише катарсичний ефект, а й послаблювати зв'язок між страхом перед болем і реальним відчуттям болю.

Підвищення рівня самоефективності військового на передовій в умовах переживання численних втрат є першочерговим завданням для спеціалістів, що здійснюють реабілітацію. Адже розуміння специфіки життєвого світу військових у несприятливих, небезпечних для життя умовах, причин зламу та віднайдення необхідних ресурсів – важлива умова для успішної їх адаптації і відновлення.

6.3. Технології відновлення самоефективності особистості: подолання перешкод і шляхи реалізації

Оскільки будь-яка втрата призводить до зниження рівня самоефективності особистості, ми поставили перед собою як фахівцями такі завдання: допомогти потерпілому позбавитися від депресивних станів, відшукати необхідні для цього індивідуально-особистісні ресурси, сприяти трансформації негативних станів і травматичного досвіду в позитив, адаптації особистості до нових умов існування. Було розроблено стратегію відновлення її самоефективності, яка знизилася внаслідок переживання важкої втрати.

Стратегія складається з трьох етапів.

1. Діагностичний етап

- визначення рівня самоефективності та прийняття втрати;
- виокремлення зон ураження внаслідок переживання втрати;
- з'ясування внутрішніх і зовнішніх бар'єрів (перешкод), що гальмують процес проживання втрати та відновлення самоефективності;
- визначення системи ресурсів (втрачених, наявних, потенційних).

Спосіб реалізації. Під час проведення напівструктурованого інтерв'ю військовим, аби з'ясувати особливості переживання ними втрати, пропонується блок запитань:

- Чи були у Вашому житті ситуації, коли Ви переживали втрату (відчуття порожнечі)?
- Що це були за ситуації?
- Що Ви відчували при цьому?
- Яким було Ваше самопочуття?
- Як довго Ви переживали цей стан?
- Які виникали у Вас думки?
- Як ця подія вплинула особисто на Вас, Ваше життя, на Ваші погляди і ставлення до світу, до себе, до життя?

Наступний блок запитань був спрямований на з'ясування особливостей самоефективності особистості:

- Що Ви робили, коли це сталося?
- Як Ви справилися з цією ситуацією? Що Вам допомагало?
- Що Вас підтримувало в цій ситуації?
- Що додавало Вам сили в цій ситуації?
- Що заважало Вам бути ефективним і впевненим у собі?
- Що найбільше підриває Вашу віру в себе?
- Що змушує Вас сумніватися в собі?
- Що чи хто був для Вас ресурсом, підтримкою, опорою?
- Що, на Вашу думку, допомогло б Вам справитися з цією ситуацією краще?
- Що б Вам хотілося розвинути в собі, аби почуватися більш упевнено?

2. *Організаційний етап*

Цей етап потребує розроблення індивідуального плану роботи та рекомендацій щодо відновлення рівня самоефективності особистості залежно від контексту переживання втрати. Від результатів діагностичного етапу залежить подальший вибір стратегії роботи. Це може бути або стимулювання співпраці та залучення до цього процесу спеціаліста (психолога, соціального працівника), щоб вибудувати систему необхідних реабілітаційних заходів, або ж застосування лише елементів соціально-психологічної підтримки, що дало б змогу активізувати власні ресурси самодопомоги в процесі переживання людиною втрати.

3. *Технологічний етап*

Технології відновлення самоефективності особистості під час переживання втрати – це способи реабілітаційних дій щодо впровадження системи заходів для досягнення позитивного результату.

Технологія відновлення самоефективності особистості шляхом прийняття втрати. Більшість людей (близько 80%) мають належний ресурс для самовідновлення. Різниця лише в термінах і способах самопомоги. Однак якщо ситуація втрати справляє сильний, наростаючий травматичний вплив на особистість і вона не може з ним впоратися самостійно, то на цьому етапі доцільним є залучення спеціаліста, який допоможе пройти всі етапи проживання травми – від тотального її заперечення до прийняття. Більшість усіх відомих етапів переживання втрати (за Е. Кюблер-Росс) люди проходять самостійно, без допомоги спеціалістів. Однак найважчим етапом з-поміж них, до якого доходять далеко не всі, є саме етап прийняття. Цей етап не можна інтелектуально зімітувати (коли людина осмислила втрату і заявляє, що прийняла її, але у внутрішньому досвіді емоційного проживання не відбулося). Така “гра” в прийняття може серйозно перешкоджати відновленню особистості, гальмувати відповідні процеси. Критерієм успішного проходження цього етапу є якісні зміни в самовідчутті особистості, що супроводжуються емоційним полегшенням, глибиною осмислення, відчуттям звільнення від важкого тягара, відчуттям вдячності і бажанням рухатися далі.

Способи роботи (психологічний інструментарій) залежатимуть від того, у межах якої терапевтичної парадигми (гештальттерапія, екзистенційна терапія, когнітивно-поведінкова, клієнт-центрована) працює спеціаліст. Хоча шляхи досягнення мети можуть різнитися, важливим завжди є кінцевий результат терапії – прийняття втрати, примирення з нею, що дає змогу послабити травматичну домінанту і налаштувати людину на реабілітаційний процес.

Технологія відновлення самоефективності шляхом локалізації причини втрати життєвих ресурсів особистості. Під локалізацією мається на увазі намагання чітко визначити джерело проблеми і не допустити поширення її руйнівної дії на особистість. Визначивши джерело послаблення життєвого тону особистості, значно легше працювати над відновленням її втрачених ресурсів. Така прицільність дає змогу виграти в часі, адже ми не генералізуємо проблему, а зосереджуємо наші зусилля на конкретній сфері.

Виділені нами основні причини втрати життєвих ресурсів дають змогу визначити основні зони ураження, що потребують відновлення.

Однією з уразливих зон, яка найчастіше зазнає ураження, є ціннісно-смілова структура особистості. Смілова опора для побудови основних життєвих стратегій особистості стає хиткою і ненадійною. На руїнах ілюзій людини про стабільність і прогнозованість свого життя “проростають” численні сумніви, побоювання, розгубленість, тривожні очікування нових втрат. Ураження може стосуватися повністю всієї ціннісної структури або торкатися її частково.

Способи відновлення самоефективності людини: актуалізація її найвищих цінностей шляхом досягнення глибинного змісту та сенсу страждання; прийняття власних негативних станів як особистісних ресурсів; реконструкція наявних смислів чи побудова нових відповідно до змінених життєвих умов.

Ще одна причина зниження рівня самоефективності внаслідок переживання втрати – неочікуваність стресового впливу, коли ситуація втрати виникає раптово, різко, несподівано, паралізуючи людину своєю неконтрольованою стихійністю, вводячи її у стан шоку, розгубленості, бездіяльності, апатії. Тривале перебування в таких станах несе ризик кристалізації образу втрати – укорінення образу втрати у свідомості людини, що унеможливорює її конструктивне опрацювання, переінтерпретацію та прийняття.

Відновлення самоефективності досягається різними способами. Головне – сприяти задоволенню базових потреб особистості, зокрема її потреби в безпеці для стабілізації психічного стану людини та відновлення її нормального функціонування. Забезпечення атмосфери спокою, мінімізація дії будь-яких зовнішніх стресорів, релаксація – усе це “запускає” процеси самовідновлення.

У разі надмірної фіксації на образі втрати, що з часом може призводити до соматизації її в тілі у вигляді хвороби, необхідно звернутися до фахівця по комплексну допомогу. У такому комплексі, зокрема, застосовуються тілесні практики для зняття напруження, яке, власне, і провокує образ втрати. Це може бути опанування навичок контролю над процесами розслаблення/напруження, різноманітні дихальні і релаксаційні вправи. Коли ж напругу і тривогу буде послаблено, можна відтак перейти до застосування більш складних технік роботи: це робота з переконаннями, пошук сенсу, написання оновленої життєвої історії тощо.

Ще однією важливою причиною втрати життєвих ресурсів є неадекватна самооцінка, коли людині важко оцінити життєву ситуа-

цію об'єктивно, без викривлень. Так, низька самооцінка посилює невпевненість у собі, викликає зневіру щодо можливості виходу з проблемної ситуації, породжує сумніви в досягненні успіху; завищена ж, навпаки, призводить до переоцінки людиною своїх можливостей, коли через надмірну самовпевненість і гордості людини (“я сам”, “сама”) прохання про допомогу видається чимось принизливим і навіть неможливим.

Способи відновлення самоефективності. Працюючи над самооцінкою, щоб зробити її більш адекватною, визначити рівень домагань людини, з'ясувати її реальні та потенційні ресурси, слід передусім об'єктивувати реальну життєву ситуацію особистості, узгодити її конфліктні сторони, провести верифікацію особистісних цілей, переосмислити свої цінності загалом, відмовившись від запозичених, “модних” і “трендових” й актуалізувавши щось своє, унікальне, нове. У випадку низької самооцінки доречно практикувати мистецтво “маленьких кроків”, що полягає в щоденній практиці самозвітування: хоча б кілька хвилин перед сном виділити для цілісного пригадування минулого дня (усі події, вчинки, переживання, емоції, рішення, ідеї, дії) за обов'язкової умови помітити чи знайти хоча б щось, за що людина змогла б себе похвалити, чим могла б пишатися, що її надихнуло б або що приємно вразило, здивувало, підштовхнуло до дій. У разі завищеної самооцінки, коли власні сили і ресурси значно переоцінені, часто можна спостерігати особистісне вигорання людини в самостійній боротьбі із складною життєвою ситуацією, фізичне й емоційне виснаження, подальше неминуче розчарування та ризик застрягання в ілюзіях. За таких умов корисною буде практика прохання про допомогу як щоденний ритуал терміном хоча б на тиждень (а краще – на місяць). Це дасть змогу змінити звичні способи взаємодії з оточенням, розширити варіативність своєї поведінки, усвідомити переваги нових поведінкових практик завдяки поєднанню і долученню до потужного соціального ресурсу.

Ще однією важливою причиною зниження рівня самоефективності особистості є нефункціональні ресурси – наявні ресурси в життєвому просторі особистості, які вона не помічає через надмірну фіксацію на втраті, не усвідомлює, знецінює, вважає дріб'язковими, неважливими, надуманими або ж, навпаки, нереальними, недосяжними, фантастичними.

Способи відновлення самоефективності. Роботу слід спрямувати на опанування особистісних ресурсів: фізичних, матеріальних, соціальних, психологічних, духовних. Спершу потрібно провести “інвентаризацію” всіх наявних ресурсів, відповівши на низку запитань: Що я маю на сьогодні? Що після втрати залишилося зі мною? Які мої сильні сторони? Що я можу використати, застосувати саме зараз? Хто мене оточує? До кого я можу звернутися по допомогу саме зараз? Що я можу зробити прямо зараз?

Наступним кроком буде визнання функціональності цих ресурсів у конкретній життєвій ситуації. Далі необхідно виділити з-поміж них найбільш значущі й цінні, поміркувати над можливістю їх застосування та інтеграції. Якщо ж наявних ресурсів, здатних допомогти людині у складній життєвій ситуації, недостатньо, слід шукати потенційні ресурси, подбати про забезпечення їх доступності та по змозі швидке застосування.

Важливими ресурсами, до яких варто звертатися в ситуації переживання втрати для підвищення рівня самоефективності, є досягнуті раніше людиною результати. Активація спогадів особистості про її особистісні перемоги, реальний успішний досвід протистояння труднощам, викликам, випробуванням підвищують позитивні очікування особистості та зміцнюють її віру у свої можливості. Моделювання яскравих образів успіху також дає змогу підвищити рівень самоефективності людини.

Ще одним важливим ресурсом для відновлення самоефективності особистості є опосередковані переживання, коли людина завдяки досвіді успіху чи поразки інших людей може пережити щось подібне. Ефективними в цьому випадку можуть бути групи взаємодопомоги різного профілю (для батьків, які втратили дитину, для військових з тілесними ушкодженнями). Група певним чином полегшує для людини тягар втрати, надає необхідну підтримку та запускає в учасників процеси швидшого відновлення; пропонуючи різні шляхи розв’язання проблеми, група ділиться успішним досвідом подолання криз, вселяє в людину надію, даючи розуміння, що вона не сама у своєму горі.

Не варто ігнорувати і такий корисний ресурс, як словесне переконування, адже сила слова може як знищити, так і зцілити, надихнути, відродити до життя. Рівень самоефективності може значно підвищитися, якщо значуща для особистості людина запевнить її в

тому, що та здатна успішно впоратися з конкретною ситуацією, що в неї вірять і не сумніваються в її спроможності подолати труднощі і досягти успіху.

Медійні технології відновлення самоефективності. Корисною є поступова, опосередкована, ненасильницька стимуляція внутрішньої активності людини, яка переживає втрату, за допомогою медійних засобів. Це може бути, наприклад, перегляд заохочувальних, мотивувальних фільмів, відеосюжетів, телепроектів, що містять важливу інформацію для глядача і водночас ненав'язливо пропонують йому альтернативні сценарії розв'язання схожих проблем, пробуджують у людині бажання діяти – спочатку дистанційно, програючи новий сценарій у своїй уяві, а згодом і в реальності.

Ефективність таких способів впливу не викликає сумнівів, що підтверджується невгасаючим соціальним запитом на організацію такого роду соціальних медійних проектів на телебаченні, у радіоєфірі. Зокрема, можемо згадати такі телепроекти, як “Герої не вмирають”, “Будемо жити”, “Захисник Вітчизни”, покликані ознайомити суспільство з реальними історіями людей, яких не зламала війна. Це реальні історії героїв, які дивують, захоплюють, надихають, мотивують, відроджують віру в людей, змушують повірити в неможливе, пробуджують бажання діяти, боротися і перемагати всупереч усім труднощам. Такі способи впливу є різновидом наративного підходу в роботі. Після перегляду таких сюжетів людина приміряє свідомо або несвідомо ці ролі на себе, проговорює їх зі знайомими, програє у своїй уяві, що дає їй змогу розширити поле огляду своєї проблеми, побачити інші можливості, варіанти, сценарії, способи виходу із складних життєвих ситуацій.

Висновки до розділу

Відновлення самоефективності особистості є стратегічно важливим напрямом соціально-психологічної реабілітації, ключовим ресурсом конструктивного переживання втрат, спрямованим та підтримку та гармонізацію фізичного і психологічного здоров'я людини. Стратегія відновлення самоефективності особистості охоплює

три послідовні етапи – діагностичний, організаційний, технологічний, кожен з яких відіграє важливу, комплементарну роль у комплексній роботі, спрямованій на переживання втрати та її можливих психологічних наслідків. Для відновлення самоефективності особистості, яка переживає втрату, у межах технологічного етапу доцільно використовувати відповідні технології: технологію прийняття втрати, технологію локалізації причини втрати людиною життєвих ресурсів та медійні технології.

Практичні завдання

Уявіть, що Ви режисер. Вам доручено зняти героїчний фільм про людину, якій вдалося успішно пережити складну життєву ситуацію втрати (схожу на Вашу) і попри численні випробування долі вийти оновленою і зціленою.

Опишіть свого героя: його риси, характер, поведінку. Уявіть, як би створений Вами персонаж діяв у цій складній життєвій ситуації: якими були б його конкретні кроки? Які важливі рішення для успішного розв'язання проблеми приймав би герой фільму? Що б йому допомагало у важкі хвилини? Хто був би поруч? З чого б Ви почали свою кінорозповідь? Якою була б кульмінація історії? Як би Ви завершили свій фільм? Уявіть фінальну сцену: які почуття переживав би Ваш герой? Що б чекало на героя після завершення фільму?

Переглянувши створений кіносценарій, обміркуйте, що спільного між Вами і Вашим героєм. Проаналізуйте, чи могли б Ви і якою мірою скористатися запропонованим сценарієм у Вашому реальному житті. Зосередьтеся на тому, що вже маєте у своєму розпорядженні і можете використовувати як цінний ресурс прямо зараз.

Подумайте, чого Вам наразі бракує для реалізації задуманого і що потрібно для того, щоб це змінити. Складіть план дій і покроково рухайтесь до своєї мети.

РОЗДІЛ 7

ТЕХНОЛОГІЇ ПОДОЛАННЯ ВІДЧУЖЕННЯ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

7.1. Форми прояву та причини виникнення відчуження

Військове вторгнення на територію держави та бойові дії, що його супроводжують, без сумніву, є подіями, що залишають глибокий слід в історії нашої держави та в житті безпосередніх учасників цих подій. Яка реальність переживань тих, хто зазнав психотравматичного впливу таких життєвих потрясінь?

Повернувшись до мирного життя, учасники бойових дій часто не можуть сприймати дійсність такою, якою вона є, і це викликає у них тривогу, страх та безсилля. Для багатьох із них життя втрачає свою цінність і стає обтяжливим, загострюються депресивні переживання. Хтось зневірюється в цінності самого себе, переживає невпевненість, страждає від постійних сумнівів. Потреба постійно отримувати визнання оточення підживлює схильність відповідати очікуванням інших. Якщо це не вдається, ветерани починають втрачати самоповагу, відчувають глибоку самотність. Досвід, отриманий на війні, іноді є настільки деструктивним, що позбавляє його власників відчуття сенсу, наповнюючи життя відчаєм, зневірою та відчуттям всеохопної внутрішньої спустошеності.

Багато хто запитує себе: “Як жити, якщо по-старому вже не виходить, а по-новому ще не знаю як?”. Повернення з війни є якісно новим періодом у житті бійців, що супроводжується переходом від одного, “завершеного”, фрагмента життя до іншого, від одного його способу організації – до іншого, від “себе-наявного” – до “себе-іншого” (Сапогова, 2016). Цей період характеризується зміною ста-

тусу, ідентичності, цінностей та самосвідомості, що тягне за собою деяку деструктивність, невизначеність та позбавляє ясності і стабільності. Разом із цим зароджуються перспективи побудови нових смислів, нових “образів Я”, коли розвиватиметься усвідомлення свого життєвого призначення, вибудовуватиметься нова життєва стратегія, конструювання якої на даному життєвому етапі важко уявити. Цей період характеризується відчуженням від реальності, суспільства, сім’ї, роботи і навіть від себе самого і переживається як деяка пауза, стояння на порозі, у точці, коли “уже не...”, але водночас і “ще поки не...”.

Із почуттям відчуження тісно пов’язані втрата задоволення від життя, неспроможність відчувати інтерес до власної діяльності, пригніченість, переживання провини, душевна спустошеність, депресія, скептицизм. Відчуження може зароджуватися в ситуаціях примусу, коли бійці змушені діяти проти своїх власних цілей. Також відчуження може бути спричинене конфліктом між актуальним і бажаним, коли втрачається позитивний смисловий зв’язок бійців зі світом, гальмується їхня спроможність обирати і втілювати нові можливості, здатні наповнити життя сенсом.

Високий рівень відчуження від роботи, суспільства, значущих стосунків, від сім’ї і власного “Я” переживається як невдоволеність, несприйняття сенсу і цінності того, що відбувається, та небажання щось змінювати. Основними формами відчуження є: 1) вегетативність як нездатність повірити в цінність будь-якої діяльності; 2) безсилля як втрата віри в можливість впливати на життєві ситуації; 3) нігілізм – переконаність у беззмістовності життя та прояви деструктивної активності; 4) авантюризм – прилучення до небезпечних, екстремальних видів діяльності через переживання беззмістовності повсякденного життя (Осин, 2010).

Щоб у складних життєвих обставинах оптимізувати психологічну допомогу, зробити її більш ефективною, необхідно виявити причини виникнення відчуження в учасників бойових дій. Психологи вважають, що визначальною причиною відчуження учасників бойових дій від роботи, суспільства, від інших людей і від себе є несправедливе ставлення до них (Іванюк, 2017). Знецінення та несправедлива оцінка дій, поведінки, намірів ветеранів призводить до їх відсторонення від суспільних справ, до втрати зв’язку із собою та зовнішнім світом і перетворення їхньої діяльності у вимушену, по-

збавлену перспективи та мотивовану лише необхідністю справу. Несправедливе ставлення позбавляє ветеранів можливості оцінювати власні дії та вчинки як “правильні” або “неправильні”, призводить до втрати самоповаги та самоцінності.

Відчуження бійців від інших людей часто виникає тоді, коли їм важко, а то й неможливо співвідносити себе з іншими. Неспіввідносність себе з іншими людьми проявляється в зберіганні учасниками бойових дій дистанції у взаєминах з оточенням, у їхній нездатності налагоджувати контакти, у небажанні йти на зближення через неприйняття цінностей та світоглядних позицій інших.

Причиною відчуження учасників бойових дій від сім'ї є втрата близькості в родинній взаємодії. Коли немає близькості, порушується емоційний зв'язок із найріднішими, відчувається ізольованість, втрачається відчуття цінності сім'ї для власного життя, проявляється безвідповідальність, стає значно складніше віднайти місце для себе в структурі сімейних взаємозв'язків.

Причиною відчуження бійців від себе, втрати зв'язку із собою є неприйняття реальності з її умовами та власними можливостями, незадоволеність життям і його знецінення, втрата самоповаги та неприйняття себе, нереалізованість своїх життєвих виборів. Отже, переживання відчуження в учасників бойових дій зумовлено втратою довіри до світу, цінності життя та самоцінності, самого сенсу життя.

7.2. Екзистенційно-аналітичні практики подолання відчуження

Що може дати сьогодні сучасний екзистенційний аналіз, коли йдеться про подолання відчуження в учасників бойових дій?

Екзистенційний аналіз – це феноменолого-особистісна психотерапія, спрямована на досягнення більш високого рівня задоволеності власним життям, на пошук духовних змістів, аналіз страждань як перешкод і засобів, які дають людині змогу досягти внутрішньої згоди із собою. У фокусі уваги екзистенційного аналізу – різні форми внутрішньої активності, що реалізуються за допомогою чотирьох фундаментальних потенційних можливостей: 1) знаходити в собі внутрішню силу бути; 2) переживати цінність життя і радіти йому;

3) бути собою, захищати себе, вибудувувати власні межі; 4) ставити цілі, реалізовувати смисли, вписуватися в актуальний контекст (Ленгле, 2018).

Розгляньмо кожну з чотирьох потенцій докладніше. Як реалізувати потенційну можливість бути? Пошук відповіді на це ключове запитання конкретизується для учасника бойових дій у спробах зрозуміти, *чи може він взагалі бути в цих складних умовах зі своїми реальними можливостями, чи є шанс впоратися із життєвою ситуацією.*

Щоб досягти стану “можу бути”, людині потрібні *простір, захист і опора*. Першим простором для людини у світі є власне тіло, а індикатором переживання наявності чи нестачі цього простору – дихання. Якщо простору вистачає, є відчуття “легкості дихання”, якщо ні – то людині здається, що вона “задиhaється”. Крім того, простором, який боєць займає і захищає, є його фізичний і психологічний простір у сім’ї, на роботі, у суспільстві. Це простір для саморозвитку, усвідомлення, переживання. Психологічний захист, потрібний для досягнення стійкого стану “можу бути”, учасник бойових дій отримує там, де відчуває себе прийнятим: серед бійців, у сімейних взаєминах, завдяки молитві. А опорою стає все, що характеризується міцністю і стабільністю в зовнішньому світі, та здібності, настановлення, переконання, віра у внутрішньому світі.

Якщо простору, захисту та опори учасникові бойових дій не вистачає, це призводить до переживання ним відчуження від себе та втрати зв’язку із собою і зовнішнім світом. Коли людина не приймає реальність, їй важко повірити в значущість, цінність будь-якої справи, що нерідко спонукає до деструктивної активності (агресії, ворожості, осудження тощо).

Як навчитися по-справжньому відчувати цінність власного життя? Учасник бойових дій разом із психологом аналізує: *“Я живу – але чи подобається мені жити? Чи достатньо в моєму житті важливого, цінного, недругорядного? Чи відчуваю я тепло і безпеку?”*.

Для того щоб відчувати себе живим й отримувати від цього задоволення, необхідні три передумови: *взаємини з іншими людьми, час і близькість*. Взаємини поглиблюються завдяки готовності позитивно сприймати інших та співвідносити себе з ними. Готовність приділяти час взаєминам рівноцінна готовності ділитися з іншими

часом свого життя. Це живить взаємини і створює простір для їх розвитку. Переживання по-справжньому тісного емоційного зв'язку з іншими людьми потребує від бійця, по-перше, рішучості, щоб проявляти близькість та допускати близькість іншого; по-друге, відкритості, щоб сприймати прояви близькості з боку інших людей та втримувати себе в близьких стосунках.

Неглибокі стосунки з іншими людьми, брак часу для спілкування, страх близькості – причина відчуження учасника бойових дій від інших людей, неприйняття ним цінностей та думок оточення. Порушення близькості в сім'ї призводить до втрати взаєморозуміння, збіднення емоційного зв'язку з найріднішими людьми, посилення відчуття ізольованості та замкненості.

Третя передумова реалізації потенційної можливості “бути собою” ставить перед учасником бойових дій питання про власну самоцінність: *“Я є – але чи маю я право бути собою? Чи маю право бути таким, який я є, поводитися так, як мені властиво? Чи поважають мене таким, який я є, чи визнають мою цінність?”*.

Для підвищення самоцінності важливими є такі передумови, як *справедливе ставлення, шаноблива увага, визнання цінності*. Справедливе ставлення до вчинків, як індикатор правильних дій, породжує у бійця відчуття виправданого буття собою, стає опорою в стосунках з іншими і власним “Я”. Зацікавлена увага інших до індивідуальності людини, повага до її унікальності допомагають крізь призму інших краще побачити себе. А визнання цінності особистості, підтвердження власної гідності бійця дають змогу наблизитися до власної сутності, досягнути більшої аутентичності.

Коли бракує справедливості, уваги, визнання цінності людини з боку оточення, поступово втрачається і самоцінність, що посилює відчуження від роботи, суспільства, інших людей, від себе самого. Знецінення вчинків і дій певної людини, несправедливі оцінки її поведінки і намірів позбавляють бійця позитивної відповіді на запитання *“чи маю я право бути таким, який я є?”*. Це призводить до переживання безсилля, втрати віри у свою здатність впливати на життєві ситуації.

Четверта передумова реалізації потенційної можливості *“знаходити сенс життя”* потребує від учасника бойових дій відповіді на запитання: *“Я є – але для чого це потрібно? Де найбільше потрібна моя участь? Де я можу бути продуктивним?”*. І тут теж необхідні

три передумови: *структурні взаємозв'язки, поле реальних можливостей, майбутні цінності.*

Такі сфери, як робота, сім'я, церква, природа, роблять життя ветерана більш структурованим, наповненим важливими орієнтирами та розширюють його горизонти. Розпізнати ці сфери, знайти місце для себе та розширити поле своїх реальних можливостей можна під час роботи із психологом або самостійно. А спрямованість у майбутнє у втіленні своїх цінностей створює для бійця перспективи для зростання і розвитку. Якщо ж взаємозв'язки не збагачуються, поле можливостей для самопроявів не розширюється, а цінності не усвідомлюються в майбутній життєвій перспективі, то це призводить до поглиблення відчуження учасника бойових дій від себе, до поступової втрати зв'язку із собою та зовнішнім світом.

Отже, екзистенційний аналіз є дієвим інструментом подолання переживання відчуження, що практично завжди виникає в учасників бойових дій, які повертаються до мирного життя.

7.3. Технології подолання відчуження: відновлення діалогу зі світом, життям, собою, сенсом

Психотерапевтична робота з учасниками бойових дій, які переживають відчуження, передбачає налагодження таких стосунків, у яких вони зможуть відчувати захист, опору, близькість, справедливе ставлення та шанобливу увагу, а також усвідомити наявні можливості для подальшої реалізації власних цінностей у майбутньому.

Результати проведеного нами емпіричного дослідження показали, що причини виникнення відчуження криються в заблокованих фундаментальних можливостях: 1) знаходити в собі внутрішню силу бути; 2) переживати цінність життя і радіти йому; 3) бути собою, захищати себе, вибудовувати власні межі; 4) ставити цілі, реалізовувати смисли, вписуватися в актуальний контекст.

Щоб розблокувати потенційну можливість “могти бути”, використовується техніка прийняття нестерпної і болючої для бійця даності буття. Її реалізація потребує таких кроків: 1) допомога лю-

дині в прийнятті зовнішньої реальності такою, якою вона є; 2) надання допомоги в прийнятті внутрішньої реальності з усіма її страхами, тривогами, стражданнями, безнадією; 3) створення умов для “відпускання” застарілих уявлень, планів, цілей, очікувань, щоб на їх місці створити нові; 4) сприяння ідентифікації з новою реальністю (“Ця реальність – частина мене. Я визнаю те, що є, і те, що мені потрібна допомога. Я приймаю це – і це прийняття робить мене сильнішим”); 5) прийняття своєї даності. “Прийняти” рівносильне “дозволити бути тому, що є”, тобто не захищатися, не боротися із собою, а шукати можливості щось змінити, незважаючи на наявність обмежень. Прийняття даності свого буття дає бійцю змогу відчути свою стійкість у цьому світі, розкрити простір для можливостей, дістати опору, безпеку та довіру.

Розблокування потенційної можливості “переживати цінність життя” стає можливим завдяки спрямованості на щось важливе, зайняттю власної позиції та формуванню стійкого позитивного настановлення щодо життя як такого. Ефективною є техніка “Персональне знаходження позиції” (Лэнгле, 2013), яка складається з виокремлених етапів, представлених за допомогою низки запитань. Перша серія запитань стосується ставлення до навколишнього світу: “Якщо життя насправді таке, яким я його розумію, то яка моя позиція щодо нього? Чи скажу я йому “Так”? Або ж мені поки що чогось не вистачає і я хотів би почекати, поки вже точно зможу довіритися йому? Що реально відбувається? Це справді так? Звідки я про це знаю? Чи є у мене мужність зайняти позицію щодо свого життя?”. Друга серія запитань допомагає відкоригувати ставлення до внутрішнього світу: “Чого я хочу і чому я цього хочу? Чому я хочу, щоб моє життя проживалося мною тільки за цих умов? Або чому я хочу жити не в цих умовах? Чому для мене це так важливо? Що я втрачаю, якщо житиму інакше? Чи міг би я витримати це хоч би один раз?”. Третя серія запитань сприяє кращому усвідомленню власної позиції щодо ставлення до життєвої ситуації: “Про що для мене ця життєва ситуація? Що в ній особливо важливого, цінного?”. Посідання власної позиції дає змогу учасникові бойових дій прийняти рішення: “Чи хочу я ризикнути жити? Чи хочу я наважитися на це життя?”. Позитивна відповідь на цей виклик стає рушійною силою для входження у свідомі стосунки зі своїм життям, для переживання цінності набутого досвіду.

Особливу увагу психологу-практику слід приділяти блокаді можливості “бути собою”, що часто утруднює переживання власної цінності. За результатами нашого дослідження, саме цей аспект роботи є найефективнішим, коли йдеться про зниження інтенсивності відчуження учасників бойових дій. Під самоцінністю розумітимемо процес переживання значущості самого себе, що пов’язано із суб’єктивним уявленням про власне “Я”. Усвідомлення своєї “глобальної” самоцінності відбувається в критичні періоди життя. Так, повернення учасників бойових дій до мирного життя, що супроводжується зміною їхнього статусу, цінностей та ідентичності, пов’язане з переживанням невизначеності та дифузності їхнього власного “Я”. Це ставить перед кожним із них питання про те, ким він є, на що здатний, куди спрямований. Через нестійкість внутрішньої цілісності бійці стають дуже чутливими до оцінки інших, до їхньої неухважності, байдужості та постійно прагнуть підтвердження того, що їх поважають і цінують. Коли бійці не отримують очікуваної підтримки і допомоги з боку оточення, їм складно впоратися із своїми переживаннями, що тягне за собою відчуження від світу і втрату довіри до інших людей.

Розблокування потенційної можливості “бути собою” першочергово потребує відповідей на запитання: “Чи маю я право бути собою? Що дає мені це право? Чи, можливо, я повинен підлаштовуватись? Чи є у мене щось власне, міцне, на що я можу спиратися? Як мені це розпізнати?”. Важливо допомогти бійцю зрозуміти, що він має право бути таким, який він є, і це сприятиме зміцненню внутрішньої структури “Я” та зростанню аутентичності.

Формування самоцінності учасника бойових дій здійснюється завдяки цілеспрямованій роботі над її основними компонентами: “справедливим ставленням”, “шанобливою увагою” та “визнанням цінності”.

Отримати шанобливу увагу від інших, бути побаченим таким, який ти є насправді, – неодмінна передумова для оновленого переживання самоцінності. Психологу-практику варто спиратися на досвід ветерана, отриманий у минулому. Слід заохочувати його до спогадів за допомогою таких запитань: “У яких ситуаціях я справді отримав шанобливу увагу? Хто мене побачив таким, який я є?”. Шаноблива увага з боку інших стає фундаментом для власної самоповаги та утвердження власного “Я”. Відповідаючи собі на запитання,

хто ставиться до неї з повагою, за що її можна поважати, людина поступово знаходить відповідь на ключове питання: “За що я сам себе поважаю?”.

Справедливе ставлення містить як зовнішній, так і внутрішній аспекти: справедливе ставлення як результат загальноприйнятих норм і справедливе ставлення як внутрішня узгодженість із тим, що вважається правильним. Важливими тут є запитання для самопізнання бійців: “Чи відчуваю я справедливе ставлення інших, чи зі мною знову і знову чинять несправедливо? Чи можу я пригадати ситуацію, коли до мене несправедливо ставились? На що це вплинуло? Чому я відчуваю, що до мене несправедливо ставляться? Що я при цьому переживаю?”. Справедливе ставлення інших до учасника бойових дій допомагає йому пережити те, що відповідає його сутності, свою значущість для інших і формувати впевненість, що він має на це право.

Визнання цінності бійця іншими пов’язане із зайняттям ними позиції щодо нього, виявом поваги до його буття в цьому світі, до його сутності та відмінності від інших. Запитання для самопізнання приблизно такі: “Цінність кого я визнаю? Чому? Що цінного інші бачать у мені?”. Відповіді на ці запитання стимулюють розвиток внутрішньої структури “Я” бійця, формування його ідентичності, прояви аутентичності та глибокого переживання самоцінності.

Робота над дефіцитом нереалізованих можливостей “шукати і знаходити сенс життя” пов’язана з необхідністю компенсувати втрату цілей та реальних життєвих завдань (Лэнгле, 2004).

На першому етапі варто проаналізувати ситуацію, щоб розкрити приховані в ній можливості: “Якою є на цей час моя життєва ситуація? Що мені в цій ситуації потрібно? Що конкретно я можу зробити? Які в мене є можливості? Чи є в цьому життєвому моменті щось цінне для мене? Чи можу я створити щось цінне або зробити так, щоб воно виникло? Які мої особисті життєві настановлення щодо тих обставин, які неможливо змінити?”.

На другому етапі потрібно емоційно зважити кожну з можливостей, щоб відчутти її важливість для свого життя: “Що я відчуваю, коли думаю про цю можливість? Як я буду себе почувати, коли зроблю це? Як я буду себе почувати, якщо не зроблю цього? Як я буду себе почувати через деякий час (через день, тиждень, місяць...),

якщо я зроблю це? Як я буду себе почувати через деякий час (через день, тиждень, місяць...), якщо я не зроблю цього?”.

Третій етап пов'язаний із вибором найкращої для себе за нинішніх обставин можливості: “Що, сказати по совісті, було б правильним зробити в цій ситуації? Як я буду ставитися до себе, якщо не зроблю цього? Це справді моє власне рішення чи мене до нього щось або хтось примушує? Чи можу я сказати, що сам хочу цього?”.

На заключному, четвертому, етапі людина аналізує, як найкраще втілити своє рішення, як зрозуміти, що зміниться в житті, якщо це рішення буде реалізовано: “Що може завадити мені реалізувати цю можливість? Чи повинен я робити це зараз? За допомогою яких засобів, яким способом я можу це зробити найкращим чином? Чи буде цей спосіб дій відповідати моїй природі? Для чого, власне, я повинен це робити? Заради кого (заради чого) я хочу це зробити? Як це вплине на моє життя і життя інших людей?”.

Усі чотири розглянуті вище етапи аналітичної роботи над розблокуванням можливості “знаходити сенс життя” пов'язані з визначенням смисложиттєвих орієнтирів у полі реальних можливостей учасника бойових дій.

Запропоновану схему покрокового подолання відчуження у бійців можна використовувати як в індивідуальній, так і в груповій роботі.

Висновки до розділу

Відчуження, яке переживають учасники бойових дій, найчастіше виникає внаслідок конфлікту між відчуженням ними цінності власного життя і знецінюванням себе. Активна залученість їх у взаємодію з іншими людьми посилює переживання цінності власного життя. І якщо учасники бойових дій бачать несправедливе ставлення до себе, якщо їм бракує шанобливої уваги з боку оточення і визнання іншими їхньої власної цінності, то вони реагують на це знеціненням власного “Я”.

Специфіка екзистенційно-аналітичних практик подолання відчуження полягає в їхній спрямованості на підвищення рівня довіри до світу і задоволеності власним життям, досягнення внутрішньої

згоди із собою, активізацію пошуку нових змістів. Використання технологій подолання відчуження є дієвим засобом відновлення діалогу учасників бойових дій зі світом, життям, із собою, надання своєму існуванню сенсу. Пріоритетним напрямом стає робота над відновленням порушених взаємин із собою, що робить зрештою можливим для бійців переживання власної самоцінності.

Практичні завдання

1. Спробуйте протягом дня усвідомлено жити так, як Вам хочеться, відповідно до того, що для Вас є важливим. Як Ви при цьому почуваетесь? Чи робить це Вас невпевненим, а чи, навпаки, дає Вам свободу? Якби Ви могли вибирати, то....

Багато хто при цьому виявить, що в більшості випадків він так і живе. А дехто починає розрізняти, диференціювати мрію і реальність.

2. Спробуйте чесно відповісти собі на такі запитання: Якби це залежало від Вас, якби Ви мали право вільно вирішувати, то як би Ви жили? Якби Ви орієнтувалися на себе, то що б сьогодні зробили? Чи є у Вас бажання, здібності, які наразі не проживаються?

3. Запишіть свої відповіді на аркуші паперу, щоб повернутися до них пізніше: Наскільки Ви живете у згоді із собою? Яка частка у Вашому житті того, що відбувається так, як це потрібно Вам? Чи Ви просто орієнтуєтеся на те, чого від Вас очікують?

Пам'ятайте: важливо побачити себе, наблизитися до власної сутності і дозволити собі бути собою. Це допоможе Вам досягти більшої аутентичності і стане опорою в стосунках з власним "Я".

РОЗДІЛ 8

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ВІДНОВЛЕННЯ ЖИТТЄВОЇ НЕПЕРЕРВНОСТІ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

8.1. Особливості надання психологічної підтримки внутрішньо переміщеним особам

Соціально-психологічна реабілітація є комплексною допомогою особистості, що передбачає повноцінну її інтеграцію в соціум (Титаренко, 2018, с. 80). Психологічна підтримка – важливий складник реабілітації, адже вона спрямована на людей, які попри певні симптоми психологічного травмування (знижена самооцінка, відчуття соціальної ізоляції, проблеми зі сном) у цілому зберегли ефективне функціонування, отож потребують невеликої за обсягом і часом висококваліфікованої допомоги (психолога чи психотерапевта). Зрозуміло, що, коли йдеться про надання психологічної підтримки, завжди слід враховувати актуальний соціально-культурний контекст (рис. 8.1).

Ситуація, в якій опинилася наша країна, є складною як для пересічних громадян – жителів мирних територій, так і для тих, хто постраждав у результаті воєнних дій на сході. Особливо вразливою групою є внутрішньо переміщені особи (далі – ВПО), які в результаті переїзду на підконтрольну урядові територію втратили значні матеріальні ресурси й значною мірою соціальний капітал та переживають наслідки психологічної травми різного ступеня тяжкості, аж до ПТСР. Зокрема, перше національне репрезентативне дослідження психічного здоров'я дорослих ВПО, проведене 2016 року, показало, що поширеність ПТСР серед таких громадян – 32% (ним уражено 22% чоловіків, 36% жінок), депресії – 22% (16 і 25%, відповідно),

тривоги – 17% (13 і 20%). Також було зафіксовано високий рівень супутніх захворювань (Байярд, Махашвілі, Джавахішвілі, 2017). Найбільший тягар лягає при цьому на плечі жінок, адже найчастіше саме вони з різних причин виїжджають на підконтрольну Україні територію і змушені повністю брати на себе турботу про родину – дітей, літніх родичів, а часто й про матеріальне забезпечення. Тому програми допомоги ВПО мають бути спрямовані в першу чергу на жінок.

Експерти зазначають, що ВПО потребують розширеного, комплексного, травма- і гендерно чутливого реагування суспільства на їхні потреби. Важливо, щоб система підтримки була клієнтоорієнтованою, міждисциплінарною і координованою.

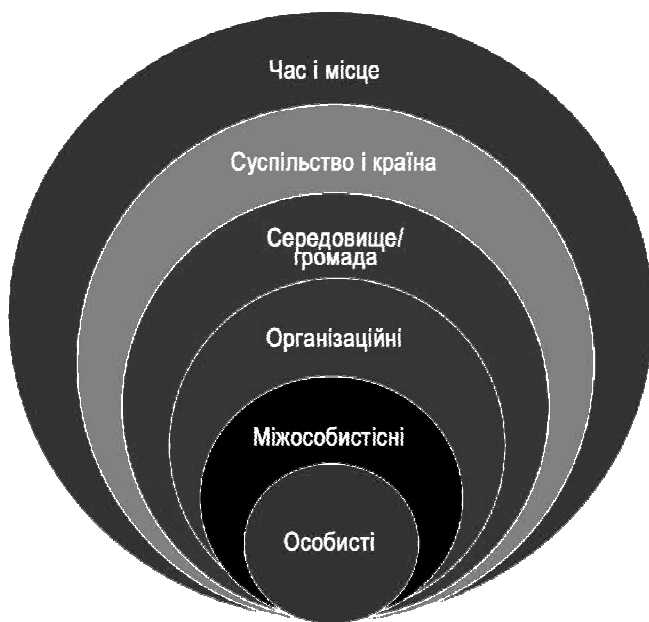


Рис. 8.1. Модель екологічних систем (за У. Бронфенбреннером, у контексті допомоги мігрантам)

Часом особи, що надають психологічну підтримку, заради збалансування емоційного стану ВПО намагаються заспокоїти підопіч-

них, перебільшуючи при цьому свої реальні можливості. Важливо, утім, завжди дотримуватися *принципу відповідальності* і не обіцяти неможливого, адже розчарування для ВПО може бути не меншим стресом, ніж переїзд. Для того щоб ефективно задовольняти нагальні потреби ВПО, слід створити базу даних державних, благодійних і громадських організацій, що працюють у цьому сегменті, та налагодити ефективну комунікацію з усіма стейкхолдерами (зацікавленими фізичними та юридичними особами). Перенаправлення запиту клінта зробить діяльність таких організацій більш продуктивною.

Варто також мати на увазі, що значна частина ВПО (як і населення країни в цілому) і досі перебуває під впливом радянської, патерналістської моделі відносин між суспільством і людиною, що спричинює економічну пасивність громадян і може призводити до *соціальної інвалідації*, тобто втрати навичок самозабезпечення і впевненості щодо своїх можливостей їх відновити.

Ізраїльські психологи (зокрема О. Гершанов), коли йдеться про надання психологічної допомоги ВПО, пропонують дотримуватися трьох основних правил:

1. *Не медикалізувати* – намагатися розв’язувати проблеми в першу чергу психологічними засобами, а медичні препарати призначати в крайньому разі. У нас медикаменти виписують найчастіше психіатри, тому працівникам важливо мати контакти з досвідченими фахівцями. Слід розуміти, що є випадки, коли клієнт не може обійтися без медичних препаратів.

2. *Не інвалідизувати* – у процесі допомоги, у тому числі і фізичної, не брати на себе всю відповідальність за клієнта (крім критичних ситуацій), а в будь-якому разі нагадувати людині про її власні сили, здатність “стояти на ногах”, спиратися на власний потенціал і компетенції. Вторинна травматизація може виникати в результаті *гіперопіки* постраждалих, коли навколо них створюють “травматичну мембрану”, яка відгороджує їх від зовнішнього світу. Тому варто міцно тримати у свідомості клієнта настановлення на власні сили і в кожній конкретній ситуації спонукати людину спиратися на себе, свої знання й навички.

3. *Не принижувати значущість переживань* означає з повагою ставитися до переживань клієнта, як би Ви їх не оцінювали. *Вторинна травматизація* виникає в результаті негативних реакцій оточення, медичного персоналу та працівників соціальної сфери. Не-

гативні реакції спричинюються запереченням самого факту травми, зв'язку між травмою і стражданнями індивіда, обвинуваченнями, зневажанням жертв, відмовою надавати допомогу.

Профілактику вторинної травматизації важливо провадити на основі *психоедукації* – психологічної просвіти – у спільнотах і громадах, а також у процесі підготовки персоналу (медичного, сестринського, педагогічного, банківського, соціальних служб, психологів).

Слід звернути увагу і на підготовку кадрів для надання психологічної підтримки ВПО. Психологічна підтримка внутрішньо переміщених осіб вимагає наявності у спеціалістів певних особистісних ресурсів та відповідних навичок, адже така робота в разі недотримання правил психогієни є потенційно стресогенною, емоційно виснажливою. На такі особливості роботи слід звертати увагу працівників, аби вони робили відповідальний вибір й уважно ставилися до себе (Трубавіна, 2017). Щоб зберегти психологічне і соматичне здоров'я фахівців, варто сформувати спеціальні короткострокові навчальні програми, які забезпечать оволодіння необхідним обсягом знань та сприятимуть формуванню потрібних навичок, підтриманню щоденних практик й організації системи підтримки на робочому місці, а також враховуватимуть можливість здорової рекреації працівників. Такі програми можуть містити основні знання про психічне здоров'я і трикутник благополуччя, а саме здоровий мозок, стосунки та самоусвідомлення (Сигел, 2015, с. 33). При цьому важливо орієнтуватися на чинники психологічного здоров'я (Титаренко, 2018), надавати персоналу актуальну інформацію про стрес, психологічну травму та її наслідки.

Неодмінним елементом таких програм має бути проблематика, з якою можуть стикатися фахівці і волонтери, що надають послуги ВПО. У цій проблематиці, зокрема, мають бути представлені:

1. *Вікарна травма* – зміни у внутрішньому досвіді надавача послуг як результат емпатії до осіб, що пережили травму.

2. *Вторинний травматичний стрес* – виникнення почуття страху внаслідок прослуховування історій про травматичні події, пережиті іншими людьми.

3. *Втома співчуття* – виснаження через переживання безнадії та відчуття безрезультатності роботи, що зменшує емпатію та співчуття.

4. *Вигорання* – фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що виявляється в зниженні продуктивності, хронічній утомі, порушеннях сну, психосоматичних захворюваннях (Психологічна допомога..., 2016, с. 199).

Працівники мають знати, що потрібно робити для профілактики цих негативних явищ. Ідеться, зокрема, про дотримання правил психогігієни, насамперед здорового режиму дня, що передбачає оптимальне фізичне навантаження, достатнє харчування, невеличкі перерви, час для релаксації або медитації, час для відпочинку, приємне спілкування (відповідно до трикутника благополуччя).

Тому, складаючи графік роботи працівників, треба враховувати необхідність їхнього психоемоційного відновлення. Бажано планувати виділення фінансових ресурсів для спільних рекреаційних занять (відвідування концертів, організація подорожей тощо). Слід запланувати також створення *груп підтримки для працівників*, де вони зможуть відрефлексувати та усвідомити свої почуття й емоції, що виникають у процесі роботи, і за потреби звернутися по індивідуальну терапевтичну допомогу. Також важливо удосконалювати професійні навички працівників за допомогою *супервізійних занять (групових та індивідуальних)*, що сприяє обміну досвідом і набуттю професійної майстерності. Варто допомогти спеціалістам у доборі практик самопомоги (фізичних, особистісних, міжособових).

8.2. Арт-терапевтичні техніки відновлення життєвої неперервності ВПО шляхом активізації ресурсних каналів

Арт-терапія – це напрям психотерапії, що використовує для зміцнення мистецтво в найширшому сенсі. Арт-терапія спрямована на гармонізацію внутрішнього світу людини, її життєвого середовища шляхом інтеграції тих частин досвіду особистості, які викликають у неї страхи або агресію. Арт-терапевти завдяки високому рівню свободи в роботі з клієнтами здатні гнучко реагувати на будь-які зміни в соціальному середовищі. Завжди можна дібрати ситуативні варіації арт-технік для певного часу й місця, тому спеціалісти можуть нада-

вати кризову допомогу в “полі” – у вагончиках чи інших непристосованих приміщеннях. Так, арт-терапевти часто використовують ландшафт чи предметний потенціал приміщення, пропонуючи, наприклад, зробити інсталяції.

У процесі соціально-психологічної реабілітації ВПО арт-терапія займає особливе місце. На відміну від інших видів психологічної допомоги та підтримки арт-терапія не має протипоказань. Травматичні події – це розрив у тканині людського життя, і арт-терапія має високий потенціал ресурсів “штопання”, поєднання фрагментів завдяки своїм особливостям (тріадичність, метафоричність, ресурсність). Малювання, ліплення, створення колажів як бездоганні засоби інтеграції розрізнених частин переживань і почуттів, думок, запахів і звуків активізують усвідомлення всіх сенсорних каналів. Окрім того, арт-методики можна застосовувати на великих групах, що в ситуації браку спеціалістів і часу є важливим фактором відновлення життєвої неперервності потерпілих осіб.

Відновлення неперервності є конструктивною формою адаптації людини до ситуації, у якій ми всі опинилися. Вітчизняна психологія термін “неперервність” як такий досі окремо не використовує, хоч наші науковці також досліджували явища відновлення людини після кризи чи складних подій, описуючи ці феномени іншими поняттями. Так, наприклад, ідентичність розглядали як особистісну неперервність, а соціальну ідентичність – як усталені соціальні зв’язки. Мулі Лаад, автор концепції відновлення неперервності, створив цей теоретичний конструкт, на нашу думку, для більшої зрозумілості, адже першу психологічну допомогу в надзвичайних ситуаціях часто надають парамедики, волонтери, соціальні працівники, які мають чітко “бачити” систему відновлення потерпілих осіб. У нашому дослідженні *життєва неперервність* – це суб’єктивне переживання особистістю цілісності свого життєвого світу в часовому вимірі. Мулі Лаад розрізняє такі види неперервності: когнітивну, особистісну, міжособову, функціональну, емоційну (Lahad, 2017). Концепція відновлення життєвої неперервності допомагає спеціалістам зорієнтуватися, активізація яких ресурсних каналів дасть людині/групі змогу в даній ситуації подолати наслідки травматичної події. Можна діагностувати за моделлю BASIC PH, які ресурсні канали людина не використовує, та сприяти їх задіянню (там само). Визна-

чивши дефіцитарність тих чи тих каналів, можна добирати відповідні техніки і варіації арт-терапевтичних технологій.

ВПО внаслідок життєвих обставин мають обмежену кількість часу, який вони можуть виділити для такої роботи. Тому ми пропонуємо добирати прості у використанні, легкі для виконання техніки, що сприяли б відновленню життєвої неперервності потерпілих.

Зупинімося відтак на авторських техніках, створених для роботи з ВПО.

Арт-техніка “Мої набутки після переселення” (письмова практика, бібліотерапія). Цю техніку рекомендується використовувати не раніше, ніж через рік після переїзду. Вона активізує канали віри, емоцій, розсудливості та сприяє відновленню особистісної та когнітивної неперервності. Учасникам групи/особі пропонується протягом 10-15 хв відповісти (письмово) на такі запитання:

1. Що спонукало мене переїхати із зони воєнних дій?
2. Що я втратила через переїзд?
3. Які мої якості допомогли мені пережити складні часи?
4. Чого я навчилася завдяки проживанню в новому місті?
5. Чим я збагатилася після переїзду?

Це рефлексивне завдання допомагає ВПО усвідомити, що переміщення привело не лише до втрат, а й до особистісного зростання. Після того як завдання виконано, слід обговорити результати, звертаючи увагу на таке: Що здивувало? Що стало приемним? Які були відкриття щодо свого досвіду? Які емоції викликало виконання завдання?

Авторська арт-техніка “Перелітні птахи”. Активізує канали віри, уяви та розсудливості й сприяє відновленню особистісної, когнітивної та емоційної неперервності. Спочатку виконується вправа на м’язову релаксацію. Далі учасникам групи/особі пропонується уявити перелітного птаха і намалювати його. Мета техніки – допомогти людині усвідомити набуття такої якості, як мобільність. Питання для обговорення: Які почуття викликала робота? Що зображено на малюнку? Як відчувається птах? У чому схожість малюнка з реальною життєвою ситуацією? Що стало несподіванкою? Що було приемним під час малювання?

У східному регіоні України, звідки родом ВПО, значна частина людей узагалі ніколи не виїжджала за межі області. Люди досі погоджувалися на будь-яку роботу, навіть виснажливу і кабальну, аби

тільки біля власного житла. За роки, що минули з часу переселення, ВПО набули такої якості, як мобільність, якої немає у місцевого населення. Ідеться про пошук вище оплачуваної роботи в будь-якому регіоні країни, переміщення заради кар'єрного зростання. Як відомо, за часів СРСР власне житло було найбільшим капіталом людини (адже тоді не було інших форм і способів збереження власних заробітків). Така архітектура власності спонукала людей триматися свого житла, і ця тенденція зберігається й досі, особливо в осіб віком 40 років і старше, світогляд яких сформувався за часів тоталітарного режиму. Розроблена нами техніка супроводжується позитивними емоціями: учасники зазначають, що переоцінка свого досвіду істотно підвищує самооцінку. Переїзд стає буденністю і займає лише кілька годин.

8.3. Групова технологія соціально-психологічної підтримки ВПО

Соціально-психологічна реабілітація має широкий спектр цілей – від усього соціуму загалом (медійна реабілітація) до окремо взятих осіб. Психологічна підтримка є частиною цього складного процесу і має свої особливості, що ґрунтуються на багаторічному досвіді психологів-практиків (Герман, 2015).

Перший етап психологічної підтримки людей, які пережили травматичні події, – етап *стабілізації*. Цей етап передбачає використання методів релаксації, медитації і техніки активізації внутрішніх ресурсів.

В індивідуальній роботі можна використовувати суб'єктивну шкалу стресу: клієнтові пропонують оцінити свій рівень стресу за шкалою від 1 до 10. Якщо він оцінює цей рівень у 4-5 балів, йому передусім потрібна стабілізаційна робота, і починати опрацювання травматичного досвіду небезпечно, адже можуть проявитися чи загостритися симптоми травмування (істерики, плач, флешбеки тощо). У випадку групової роботи варто спочатку визначити настрій групи, запитавши в її учасників, з яким настроєм вони сюди прийшли. Якщо більшість перебуває в тривожному стані (наприклад, через загострення воєнних дій), варто зосередитися на стабілізації емоційного

стану та відкласти методики опрацювання травматичного досвіду на потім.

Наступний етап – *опрацювання травматичних переживань* – передбачає використання різних технік емоційного відреагування подій. Якщо симптоматика клієнта ускладнює його щоденне функціонування та проявляються симптомокомплекси ПТСР, його варто спрямувати на діагностику до травматерапевта/психіатра. Якщо в цілому клієнт здатний до стабілізації, але має окремі сильно виражені симптоми (наприклад, розлади сну), йому можна надати індивідуальні консультації. Якщо ж симптоми незначні, людину доцільно направляти на групову роботу. У груповій роботі слід використовувати по змозі прості та екологічні техніки.

Третій етап – *інтеграція набутого досвіду*. Це етап рефлексії клієнтом прожитого епізоду, пошуку його особистісного смислу та місця в життєвій історії. У кожному разі варто пам'ятати, що якщо клієнт/група демонструють підвищену тривожність та емоційну нестійкість, слід повертатися на етап стабілізації (Герман, 2015, с. 367).

Груповий варіант роботи з ВПО з огляду на обмеженість суспільних та кадрових ресурсів є найбільш доступним, проте, плануючи його, потрібно обов'язково подбати заздалегідь про формування спільноти, яка б підтримувала зв'язки і по завершенні роботи із спеціалістом. Найперше, що варто зробити, це знайти активну громаду, яка була б готова опікуватися ВПО і могла стати платформою для подальшої співпраці ВПО з місцевим населенням уже по завершенні суто психологічної роботи.

Для того щоб робота була продуктивною, доцільно сформувати *мультидисциплінарну* команду (соціальний працівник, психолог, юрист та ін.). Злагоджена робота дає змогу задовольнити запити клієнтів, адже у них у зв'язку з переїздом з'явилися не лише психологічні, а й багато інших проблем. Також варто постійно підтримувати діалог з клієнтами та гнучко реагувати на зміни в їхньому стані і їхні прагнення.

Особливу увагу слід приділяти підтримці *толерантності* у всіх учасників, дотриманню права кожного на власну думку, яка може співіснувати поряд з іншими позиціями. Соціально-політична ситуація складна, часом вона викликає багато різних емоцій, і важливо всім давати слово, вислуховувати всіх і не переводити конфлікти позицій у конфлікти особистостей, уникати сварок.

Важливо також *підтримувати соціальну активність* учасників групи, мотивувати їх до реалізації своїх умінь, навичок, талантів у місцевій громаді. Слід спонукати учасників групи до діяльності в громаді, проведення тематичних вечорів і майстер-класів, гуртків, відвідування музеїв.

Однією з методик, що сприяють здружуванню групи, є *арт-техніка* “Створення спільної книжки”. По завершенні роботи учасник отримує матеріальний результат групової діяльності – книгу, складену з особистих історій. Для ВПО це дуже важливо, адже багато особистісно значущих для них речей – фотографії, листи, листівки, книги, прикраси – було втрачено, і книга символізує початок нового етапу життєтворення.

Ведучий пропонує всім стати авторами книги. Є чимало варіантів вибору змісту: це можуть бути тематичні історії, оповідання на вільну тему, спогади про минуле, розповіді про батьків-дідів чи щось інше. Також можна обігрувати жанри – комедію, гумореску, повчальні історії тощо. Група може працювати в режимі обговорення: на кожне заняття виносяться 1-2 історії, їх зачитує автор, а учасники діляться своїми почуттями, які при цьому виникли. Після того як усі поділилися своїм доробком, завершальний етап – створення книжки. Усім учасникам надається можливість роздрукувати свої історії, відтак кожний їх зшиває у власну книжку, яку може розмалювати, прикрасити, щось туди приклеїти, по-своєму назвати. Наприкінці всі демонструють результати, фотографуються, діляться враженнями. Таким чином, учасники групи не тільки відчувають взаємне прийняття і підтримку, а й отримують цінну особистісну матеріальну річ, яка підвищує самооцінку. Адже мало хто з учасників мав досі подібний досвід, був автором або співавтором книжки.

Висновки до розділу

1. Внутрішньо переміщені особи потребують розширеного, комплексного, травма- і гендерно чутливого реагування суспільства на їхні потреби. Важливо, щоб система підтримки була клієнтоорієнтованою, міждисциплінарною і координованою.

2. Психологічна підтримка внутрішньо переміщених осіб вимагає від спеціалістів, які стикаються з вікарною травмою, вторинним травматичним стресом, втому від співчуття та вигоранням, володіння особливими навичками. Як засоби активізації ресурсного потенціалу спеціалістів слід використовувати супервізію та групи підтримки персоналу, планову роботу з метою самодопомоги, за можливості і потреби – психотерапію.

3. Арт-терапевтичні методики (зокрема авторські: “Мої надбання після переселення”, “Перелітні птахи”, і класична “Створення спільної книжки”) завдяки своїй варіативності допомагають ефективно розв’язувати проблему дефіцитарності ресурсних каналів та відновлювати життєву неперервність ВПО.

Практичні завдання

Використання будь-яких технологій в арт-терапевтичному полі, особливо в роботі з людьми, що пережили травматичні події, потребує набуття власного досвіду їх застосування. Отож ми й пропонуємо зробити це психологам і соціальним працівникам.

Спробуйте випробувати на собі арт-технології “Мої надбання після переселення” і “Перелітні птахи” (самостійно або з колегами). Якщо у Вас немає власного досвіду переселення, уявіть, що такий досвід у Вас ... був. Зафіксуйте свої почуття та переживання, поділіться ними з іншими або запишіть їх. Зверніть увагу на думки, що у Вас з’являються. Передбачте місце для цих технологій у Вашій роботі та сплануйте їх використання. Будемо вдячні, якщо своїми коментарями та досвідом Ви поділитесь на сторінці лабораторії у Facebook: <https://www.facebook.com/personlab>.

Спробуйте створити книжку всією сім’єю, групою чи організацією за допомогою арт-техніки “Створення спільної книжки”. У процесі роботи занотуйте свої почуття, переживання, думки, опитуйте учасників, робіть власні висновки. Заплануйте використання цієї технології у своїй роботі. Поділитися своїми враженнями і, якщо буде потрібно, поставити запитання Ви можете на сторінці лабораторії.

РОЗДІЛ 9

ПЛЕЙБЕК-ТЕАТР ЯК ТЕХНОЛОГІЯ ВІДНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ, ЩО ПЕРЕЖИВАЄ НАСЛІДКИ ТРАВМАТИЗАЦІЇ

Плейбек-театр, як і будь-яке мистецтво, має потенціал рекреації, катарсису, трансформації, життєтворення тощо. Він, безумовно, може бути корисним для людей, які потребують психологічної допомоги, а отже, може використовуватися як інструмент травмачутливої психосоціальної підтримки, як технологія психологічного відновлення. На відміну від психотерапевтичних і тренінгових форм групової роботи плейбек-театр має такі переваги, як можливість працювати з недостатньо вмотивованими людьми; готовність здійснювати взаємодію за менших вимог до умов організації простору; здатність охоплювати більші групи людей. Щоб більш свідомо використовувати плейбек-театр як інструмент, варто знати про його психологічні ефекти в роботі з людьми, що переживають наслідки травматизації.

Спираючись на міжнародний досвід використання плейбек-театру в роботі з вразливими верствами населення, психологічно травмованими аудиторіями, у зоні стихійних лих, воєнно-гуманітарних конфліктів і беручи до уваги результати нашої роботи з важкими історіями, можемо стверджувати, що плейбек-театр, у якому дотримано всіх принципів, технології та етики дійства, не може травмувати або ретравмувати. Навпаки, він практично завжди сприяє психологічному відновленню людей.

Успіх використання плейбек-театру залежить від знання специфіки аудиторії, її соціально-побутових та психологічних проблем. Розуміння аудиторії сприяє кращому контакту, більш глибокому розумінню ситуації, співпереживанню, що зі свого боку дає змогу точ-

ніше “зіграти” особисті ситуації, бути обережнішими щодо найчутливіших тем тощо.

Отже, метою нашої роботи є аналіз особливостей використання плейбек-театру в роботі з людьми, що переживають наслідки травматизації.

9.1. Рекомендації команді плейбек-театру щодо виступів перед травмованою аудиторією

Плейбек-команда має бути фахово підготовленою і справді працювати в режимі служіння, намагатися щиро зрозуміти та втілити сутність кожної історії. Чи змінюється структура та динаміка перформансу? Яких тем і феноменів краще не торкатися, а на яких робити акцент? На що варто особливо звертати увагу, аби не зачепити загострені почуття і не спричинити ретравматизації? Де шукати психологічний ресурс і яким чином? На ці запитання ми спробуємо відповісти в нашому розділі.

Плейбек-театр починається з *позиціонування* для аудиторії, при цьому *акцент* слід робити не на психологічних ефектах, а *на самому мистецькому дійстві, театрі*. Особливістю становища психологічно травмованих людей є не лише психологічні труднощі, а й неможливість наразі отримати психологічну допомогу. Оскільки соціально-побутові проблеми є найближчою реальністю, з якою треба справлятися, то, на жаль, психологія/психотерапія/тренінг часто сприймаються як щось необов’язкове, додаткове, ба й невчасне, таке, що відволікає від основних турбот виживання. Порівняно із психотерапією театр є більш зрозумілим, традиційним заняттям, тому люди виявляють більшу готовність, більший ентузіазм, коли йдеться про виділення часу для перегляду перформансу, театру імпровізації реальних історій глядачів.

Якщо у плейбек-команді є достатня кількість акторів, то варто і їм надати можливість вибору: виступати чи не виступати перед важкою аудиторією – і самим обрати найбільш підготовлений склад.

Відомо, що в людей, які живуть у стресових умовах, пригнічене почуття довіри, оскільки ті, хто приходить допомагати, не пережили всього, що довелося пережити їм. Тож кондактору і акторам

варто ставитися до аудиторії без жодних специфічних настановлень, а у вступному слові відмежуватися від упередженої позиції, нейтрально донести свою зацікавленість, мету плейбек-театру і роль у спілкуванні з ними.

Плейбек-театр може виконувати деякі функції психологічного супроводу завдяки інтерактивності, чутливості до індивідуальних змістів, пошуку спільного, спонтанності тощо. Тому, використовуючи плейбек-театр з метою реагування на психосоціальні потреби людей із психічною травмою (Байярд, Махашвілі, Джавахішвілі, 2017, с. 24), слід звертатися і до напрацювань фахівців із психологічної допомоги, терапії ПТСР та ускладненого горювання, корекції тощо.

Найбільш психічно травмованих людей варто відвідувати безпосередньо вдома. Так, наприклад, під час реабілітаційної роботи з біженцями угорські спеціалісти, щоб створити ефект “господаря”, працювали в притулку для постраждалих. Завдяки цьому біженці відчували більшу захищеність, безпечність у нових, нестабільних умовах вимушеного переселення (Лазос, 2017, с. 28). У роботі плейбек-театру для переселених осіб теж дуже важливо підкреслювати, що “саме ми прийшли до них у гості”, “це їхній дім, їхня територія”, а по ходу дійства також акцентувати, що й “перформанс перебуває під їхнім контролем і владою, оскільки, за ритуалом, саме вони задають зміст усього того, що відбуватиметься на сцені...”. Без цього меседжу важко сформувати атмосферу довіри. Якщо глядачі не наважаться розповідати глибокі, важкі історії, не буде й можливості пропрацювати психологічні труднощі, а залишиться лише можливість дещо відволіктися від них.

Аби зменшити тиск психологічних труднощів, варто спочатку дистанціюватись емоційно від важкої ситуації. Тоді виникають ідеї, яким чином її можна змінити. Методологічно плейбек-театр надає саме таку можливість, занурюючи оповідача в позицію автора свого нарративу, не лише героя, а й того, хто цю історію створює. Відповідно, хто пише, той і господар історії, той має право переосмислювати пережите, редагувати певні аспекти свого життя.

Для травматичних історій, які потенційно можуть бути розказані, варто спочатку сформувати надійний ґрунт – психологічний ресурс, до якого можна буде апелювати у важкі моменти перформансу. Активізація ресурсу залежить від кондактора, який вирішує, про що запитувати і яким чином спрямовувати аудиторію. Від початку

перформансу варто підкреслювати, складати одна до одної “цеглинки” позитивних, ресурсних відгуків/почуттів глядачів: про стан саме “тут і тепер” в аудиторії, про їхні повсякденні проблеми, про переваги перебування в цьому місці проживання та соціальному середовищі (наприклад, про нові знайомства, ширих друзів, поновлення сімейних зв’язків, розрив нездорових стосунків (Гундертайло, 2017, с. 62), про приємні моменти з минулого, плани і мрії про майбутнє, маленькі успіхи й радощі сьогодення тощо.

Коли аудиторія вже насичена психологічними ресурсами, коли присутніми висловлено найбільш актуальне, зіграні почуття залу, проговорено спільні позитивні моменти, лише тоді можна переходити до повної “свободи” глядачів. При цьому варто усвідомлювати, що травмована аудиторія – це не те саме, що травматична історія. Хоч окремі оповідачі і хотіли б поділитися з аудиторією своїми травматичними історіями, але вони не будуть розказані, якщо не буде створено необхідних умов – атмосфери довіри, щирості, відкритості, прийняття тощо. Важливим є і *темпортм* розповідей – очікуючи дозрівання наступної історії, слід виявляти більше терпіння, не заважати їй виникнути, а оповідачеві – наважитися вийти і розповісти.

У пригоді стане також принцип “клубка ниток”. Не слід підганяти аудиторію, нав’язливо пропонуючи учасникам: “Розкажіть нам, що вас турбує”; “Поділіться ситуаціями, в яких вам було найтяжче”; “Що саме Вас травмувало найбільше?”; “Будьте якомога щирішими й відвертішими”. Навпаки, аудиторія має відчувати максимальну свободу у виборі теми кожної оповіді, і тоді всі історії поступово будуть розплутані за цією “ниткою Аріадни” – аж до найбільш глибоких і травматичних.

Коли сформувалася справжня довіра, глядачі самі викличуться розповісти найважливіше, найболючіше, те, у чому їм насправді потрібна психологічна підтримка. *Динаміка* перформансу, послідовність історій вибудовуються в умовну параболу (U-подібну арку), де зміст розгортається від поверхні до глибини, або, точніше, від легкого, позитивного до складного, негативного – і потім знову на “поверхню”, у ресурсну ситуацію, з виходом в оптимізм, рівновагу, інколи завдяки самокритиці і гумору.

Кондактору варто уважно відстежувати параболічність перформансу. Тоді вдається:

- зрозуміти, як пов'язані історії одна з однією, іноді проговорує ці зв'язки;
- вчасно відчувати, кого з його власною історією бажано запросити наступним;
- проаналізувати взаємовплив подій у плейбек-інтерв'ю, погоджуючи свої інтерпретації з кожним оповідачем;
- вловити найвагомішу історію, яка і психологічно важка, і водночас спільна для багатьох, аби приділити їй більше уваги;
- побачити, коли треба завершувати перфоманс – не раніше історії-“відповіді” на найважчу історію, але й не пізніше потужного позитивного сплеску, зрозумілого для оповідача і такого, що поділяється більшістю аудиторії;
- обрати спільно з глядачами точну, лаконічну назву перформансу, а також сформулювати оповідь про нього (що розповідали, чим ми живемо зараз, як усе починалося і чим завершилося).

Відновлення життєвої неперервності (когнітивної, міжособистісної, функціональної та особистісної) – важливий орієнтир психологічної допомоги тим, хто пережив психотравматичні події. А оскільки плейбек-театр сприяє створенню наративу, тобто зв'язної оповіді про себе, то саме під час оповіді та її візуалізації, утілення на сцені відбувається і *робота над відновленням неперервності* життя глядачів.

9.2. Відновлювальні ефекти плейбек-театру під час роботи з важкою історією

Для комплексного розуміння гармонізації особистості в плейбек-театрі ми провели емпіричне дослідження, побудоване на таких критеріях відновлення психологічного здоров'я, як особистісна цілісність і безперервність; можливість посилення потребо-мотиваційних ресурсів особистості як джерела самозмін; можливість підвищення здатності до самореалізації та можливість відновлення здатності підтримувати конструктивні стосунки з оточенням (Титаренко, 2017, с. 149). Дослідження показало, що в результаті виступу акторів театру у психологічно травмованих людей спрацьовувати-

муть такі *основні відновлювальні ефекти*: 1) віднаходження нових зв'язків між складниками 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 в лещатах травматичної ситуації (Савінов, 2018, с. 142).

У ситуаціях втрати, ускладненого горювання (близько 3% постраждалих) найбільш дієвою вправою є зосередження на неодноразовому переосмисленні смерті значущої людини і поступове повернення відтак до діяльності і ситуацій, яких раніше хотілося уникнути. Ефективність цієї вправи – до 82,5% (Аврамчук, 2018, с. 23). У плейбек-театрі перегляд найважчих ситуацій, у тому числі втрати, з поступовим виходом на психологічний ресурс також сприятиме, не завдаючи при цьому шкоди оповідачеві, його психологічному відновленню.

Коли оповідач розповідає важку історію, важливо приділити більше уваги таким модифікаціям плейбек-ритуалу:

- менше і якомога обережніше переривати оповідача під час інтерв'ю, сприймаючи перенасичену емоціями історію як норму;
- добирати більш чутливі для травматичних історій форми;
- залучати підтримку залу, певний процедурний або навіть позапроцедурний, додатковий, шеринг;
- бути поруч з оповідачем, коли в нього під час перегляду мініатюри виникають сильні емоції, морально підтримувати його;
- надавати більше часу для зворотного зв'язку, беручи до уваги емоційний стан та рівень завершеності проживання даної історії;
- спокійно “перегравати” цю історію повторно, якщо в оповідача відчуватиметься така потреба;
- шукати наступну історію як емпатійну до цієї;
- пов'язувати ситуацію з наступними більш оптимістичними сценаріями та психологічним ресурсом, закріпленим на початку;
- більше спиратися на аудиторію як ресурс, на її ідеї та мудрість;

- завдяки наступним історіям вийти на конструктивне завершення уявної “параболи”, піднятися над її нижньою частиною;
- після перформансу, якщо треба, провести додаткове спільне обговорення, щоб досягти зворотного емоційного зв’язку та завершити, “закрити” важку емоційну ситуацію;
- окрему увагу приділяти оповідачам найважчих історій і, якщо треба, вдатися до індивідуальних психотерапевтичних інтервенцій уже після завершення дійства.

У виступі плейбек-театру *не бажано*:

- підсилювати власну активність та ініціативність (краще стимулювати ці якості у глядачів);
- підкреслювати свою автономність (краще відшукувати спільне між театром і аудиторією).

Натомість *бажано*:

- пам’ятати про важливість ідентифікації глядачів як з персонажами, так і з самими акторами, тому критерії глибини розуміння історії та достовірності й влучності її втілення слід ставити на перше місце, а креативність, яскравість, артистизм – на друге;
- бути компетентним щодо того, що пропонується травмованій людині, чітко розуміючи мету плейбек-театру, особливості його впливу на глядачів, його обмеження, психотерапевтичні ефекти, етику, естетичну роль тощо.

Висновки до розділу

Людям, які переживають наслідки травматизації, мають цілком об’єктивні психологічні труднощі, може допомогти мистецтво плейбек-театру, який, утім, не підміняє собою психотерапію, консультування, соціальну роботу, корекцію, супровід чи інші форми психологічної допомоги. Плейбек-театр завдяки своїй специфіці дає змогу швидко й дієво відновити особистісний потенціал оповідачів за рахунок створення особистих та спільних наративів. Оновлені життєві історії сприяють відновленню життєвої неперервності і мають такі психотерапевтичні ефекти: 1) знаходження нових зв’язків між складниками травматичної історії; 2) відчуття оповідачем глибокої під-

тримки аудиторії, поділяння нею його емоційного стану; 3) власне катарсичний ефект; 4) ефект відстороненості, “неучасті”.

Під час виступів перед травмованою аудиторією варто керуватися принципом “клубка ниток” – терпляче і співчутливо очікуючи кожної наступної розповіді, звертати увагу на динаміку перформансу та умовну параболічність переживань, виявляти готовність до повторного втілення важких історій та розширення зворотного зв’язку з аудиторією, здійснювати пошук неперервності в життєвих історіях.

Практичні завдання

На підготовчій репетиції плейбек-театру перед виступом спробуйте зіграти важкі історії одне одного:

- домовтеся, що кожен розкаже свою історію, травматичність якої має більшу або меншу інтенсивність;
- у спонтанній послідовності розповідайте ці історії групі, оскільки важливо відпрацювати реальні механізми майбутнього виступу, не заглиблюючись надмірно при цьому в індивідуальні наративи;
- вислуховуючи кожну історію, спробуйте всією групою обговорити найсуттєвіше переживання оповідача. Сформулюйте сутність оповіді і запитайте в наратора, наскільки точно цю сутність схоплено і вербально відтворено;
- відобразіть за допомогою гри найсуттєвіші аспекти історії, використовуючи для цього малі форми і намагаючись відтворити травматичний момент без зайвих рефлексій та інтерпретацій;
- дайте оповідачеві можливість висловитися, наскільки точно було відображено сутність історії, чи нічого при цьому не було втрачено і які почуття наразі в нього виникли. Якщо потрібно, повторно “переграйте” почуту історію;
- зігравши таким чином дві-три історії, спробуйте відстежити динаміку змісту історій і разом з групою сформулюйте “червону нитку” репетиції, тобто зв’язок між розповідями, своєрідний спільний наратив;

- якщо в останній історії немає певного психологічного ресурсу для попередніх ситуацій, запитайте у групи, чи є у когось ще історія, яку хотілося б зараз розповісти, але більш позитивна, світла;
- зігравши ресурсну історію, знову спробуйте відшукати “червону нитку”, спільний наратив;
- наприкінці репетиції відрефлексуйте разом з учасниками знахідки, отримані завдяки роботі з важкими історіями, зосередивши увагу на тих аспектах ритуалу і гри, які допомогли оповідачам почуватися в безпеці та дістати психологічне полегшення.

ВИСНОВКИ

Базовим способом соціально-психологічної реабілітації в складних життєвих умовах є зміна ставлення до травматизації з простого, негативного на складне, полівалентне, що передбачає високу ймовірність посттравматичного зростання. Орієнтуючись на нього, читач зможе не лише допомогти собі в складній ситуації, а й підтримати своїх близьких.

Серед особистісних чинників подолання наслідків тривалої травматизації особистості та досягнення більш високого рівня психологічного благополуччя слід виділити комунікативний. Підвищення благополуччя людини, що постраждала під час війни, передбачає відновлення значущого спілкування, формування почуття спільності, причетності до груп однодумців.

Не менш значущим є також чинник просоціальний, що передбачає засвоєння людиною відповідних практик доброзичливої уваги до іншої людини, підтримки того, кому це конче потрібно, здатності швидко приходити на допомогу іншому.

Ще один чинник – інтернальний, оскільки йдеться про підвищення відповідальності особистості за все, що з нею відбувається. Розвиток внутрішнього локусу контролю сприяє пошуку і знаходженню нових сенсів, постановці перспективних життєвих завдань.

Серед додаткових, допоміжних способів подолання травматизації та зростання суб'єктивного задоволення власним життям слід назвати здатність особистості 1) інтегрувати травматичний досвід, включати його в автонаратив; 2) досягати балансу між внутрішньою автономністю і навичками ефективної взаємодії з оточенням; 3) підвищувати самоефективність завдяки активізації відповідальності за власне майбутнє, за подальшу розбудову власного життя.

Перспективи дослідження полягають у пошуку можливостей ефективного соціально-психологічного супроводу постраждалих від воєнних дій у період переходу до умов мирного життя. Планується дослідити типи соціально-психологічного супроводу відповідно до

умов і характеру травматизації, виокремити ефективні стратегії сприяння конструктивним особистісним трансформаціям.

Передбачається розробити соціально-психологічну концепцію соціально-психологічного супроводу постраждалих від воєнних дій; побудувати модель оптимізації переходу до умов мирного життя, враховуючи специфіку різних груп населення; визначити умови особистісної реінтеграції, перспективи посттравматичного зростання, чинники досягнення психологічного благополуччя, способи фасилітації життєконструювання в умовах мирного життя, практики протидії комунікативним та іншим ризикам. Отримані результати сприятимуть поглибленню уявлень про можливості соціально-психологічного супроводу як ефективного опосередкування взаємодії постраждалих осіб з непередбачуваним соціумом, забезпечення більш ефективної підготовки та перекваліфікації психологів-практиків, соціальних працівників та інших фахівців і волонтерів.

Розроблення та застосування стратегій соціально-психологічного супроводу постраждалих дасть змогу науково обґрунтувати і практично забезпечити конструктивні особистісні трансформації постраждалих від воєнних дій, стимуляцію внутрішніх ресурсів особистості, що забезпечують адаптацію до умов мирного життя шляхом актуалізації процесів самопомоги особистості, відновлення її адаптивності, автономності та самостійності.

ЛІТЕРАТУРА

Аврамчук О. Лікування ускладненого горювання та реакції на втрату / Олександр Аврамчук // Форум психіатрії та психотерапії : наук.-практ. журнал / Українська спілка психотерапевтів. – Львів, 2018. – Т. 11. – С. 22–23.

Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания / Б. Г. Ананьев. – 3-е изд. – СПб. : Питер, 2010. – 288 с.

Байярд Р. Приховані наслідки конфлікту. Проблеми психічного здоров'я та доступ до послуг серед внутрішньо переміщених осіб в Україні / Байярд Робертс, Ніно Махашвілі, Джана Джавахішвілі ; International Alert, Глобальна ініціатива у психіатрії – Тбілісі, Лондонська школа гігієни і тропічної медицини ; за фін. підтримки Європейського Союзу. – К. : Nick Wilmot Creative, 2017. – 28 с.

Баришполец О. Т. Сам собі психотерапевт: деструктивні і конструктивні способи самоопанування / О. Т. Баришполец // Соціально-психологічна профілактика порушень адаптації молоді до повсякденного стресу : метод. рек. / НАПН України, Ін-т соц. та політ. психології ; за наук. ред. Т. М. Титаренко. – К. : Міленіум, 2010. – С. 62–79.

Безшейко В. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника “Перелік симптомів ПТСР” для української популяції [Електронний ресурс] / Віталій Безшейко // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2016. – Т. 1. – № 1. – Режим доступу: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8>

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

Волонтерський рух: світовий досвід та українські громадянські практики [Електронний ресурс] : аналіт. зап. / Нац. ін-т стратег. дослідж. – 2015. – Режим доступу: <http://www.niss.gov.ua/content/articles/files/volonter-697e4.pdf>

Волошин П. В. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : метод. рек. / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова ; ДУ “Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України”. – Харків, 2014. – 80 с.

Вуйчич Н. Жизнь без границ. Путь к потрясающе счастливой жизни / Ник Вуйчич. – М. : Эксмо, 2012. – 368 с.

Гармези Н. Устойчивость в адаптации детей к негативным жизненным событиям и стрессовой среде / Н. Гармези // Педиатрия. – 1991. – № 20. – С. 459–466.

Герман Дж. Психологічна травма та шлях до одужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / Джудіт Герман. – Львів : Вид-во Старого Лева, 2015. – 416 с.

Горбунова В. В. Работа з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у рамках когнітивно-поведінкової терапії / В. В. Горбунова // Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей / Ін-т соц. та політ. психології ; Представництво Польської академії наук у м. Києві ; Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр. – К. : Міленіум, 2015. – С. 26–35.

Горностаї П. П. Консультативная психология: теория и практика проблемного подхода / П. П. Горностаї. – К. : Ника-Центр, 2018. – 400 с.

Гундертайло Ю. Д. Арт-терапевтичні технології надання психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам / 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. – С. 61–69.

Дворник М. С. Мобільний застосунок у системі соціально-психологічної реабілітації травмованої особистості / М. С. Дворник // Наукові студії із соціальної та політичної психології : зб. статей / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології. – К., 2018. – Вип. 41 (44). – С. 192–201.

Дорожньо-транспортні пригоди (за звітний період) за період з 01.01.2017 по 31.08.2017 [Електронний ресурс] / ДІАП НП України. – 2017. – Режим доступу: http://www.sai.gov.ua/uploads/filemanager/file/dtp08_2017.pdf

Іванюк М. О. Ноогенна основа суб'єктивного відчуження учасників антитерористичної операції / М. О. Іванюк // Проблеми політичної психології : зб. наук. праць / Асоц. політ. психологів України, Ін-т соц. та політ. психології НАПН України. – К., 2017. – Вип. 6 (20). – С. 142–151.

Інформаційно-аналітична довідка про виникнення надзвичайних ситуацій в Україні у 2017 році [Електронний ресурс] / ДСНС України. – 2017. – Режим доступу: <http://www.dsns.gov.ua/ua/Dovidka-za-kvartal/72899.html>

Інформація щодо надання статусу учасника бойових дій [Електронний ресурс] / Державна служба України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції. – 2018. – Режим доступу: <http://dsvv.gov.ua/dostup-do-publichnoji-informatsiji/informatsiya-schododnadannya-statusu-uchasnyka-bojovyh-dij.html>

Кальницька К. О. Досвід “Школи соціально-психологічної допомоги” у відновленні сімей ветеранів АТО у місті Чернігів / К. О. Кальницька, Б. П. Лазоренко // Сімейна політика в Україні: проблеми і перспективи розвитку : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (04 квітня 2018 р., м. Київ). – К., 2018. – С. 62–66.

Керівництво МПК із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. – К. : Пульсари, 2017а. – 216 с.

Керівництво МПК із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації: перелік контрольних показників для використання на місцях. – К. : Пульсари, 2017б. – 36 с.

Климчук В. О. Посттравматичне зростання та як йому можна сприяти у психотерапії / В. О. Климчук // Наука і освіта. – 2016. – № 5. – С. 46–52.

Кляпець О. Я. Основні напрямки психологічної профілактики порушень адаптації молоді до сімейних стресів та криз / О. Я. Кляпець // Соціально-психологічна профілактика порушень адаптації молоді до повсякденного стресу: метод. рек. / НАПН України, ІСПП; за наук. ред. Т. М. Титаренко. – К. : Міленіум, 2010. – С. 27–40.

Копинг [Електронний ресурс]. – Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Копинг> (23. 06. 2018).

Копытин А. И. Методы арт-терапии в преодолении последствий травматического стресса / А. И. Копытин. – М. : Когито-Центр, 2014. – 204 с.

Лазоренко Б. П. Експертна оцінка та технології реінтеграції внутрішньо особистісних конфліктів в умовах переживання учасниками АТО наслідків травматичних подій / Б. П. Лазоренко // Конфліктологічна експертиза: теорія і методика: Програма і матеріали / Кафедра психології та педагогіки НаУКМА. – К., 2018а. – С. 34–36.

Лазоренко Б. П. Залучення проблемної молоді, яка зазнала психотравматизації, до процесу психологічної реабілітації / Б. П. Лазоренко // Психологічні науки: проблеми і здобутки : зб. наук. статей / Київ. міжнар. ун-т, Ін-т соц. та політ. психології НАПН України. – К., 2016. – Вип. 9. – С. 134–148.

Лазоренко Б. П. Катарсичні технології оптимізації життєконструювання проблемної молоді / Б. П. Лазоренко // Психологічні науки: проблеми і здобутки : зб. наук. статей / Київ. міжнар. ун-т, Ін-т соц. та політ. психології НАПН України. – К., 2014. – Вип. 6. – С. 91–104.

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 за матер. 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, 2015а. – С. 68–76.

Лазоренко Б. П. Психотравма як ресурс соціально-психологічної реабілітації проблемної молоді, яка переживає наслідки повоєнної психотравматизації / Б. П. Лазоренко // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки : зб. наук. статей / Київ. нац. ун-т імені Тараса Шевченка. – № 4 (29). – 2018б. – С. 110–115.

Лазоренко Б. П. Реабілітаційний комплекс надання психологічної допомоги та соціально-психологічного супроводу учасників АТО, що зазнали психотравми та ПТСР / Б. П. Лазоренко // Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції : матеріали наук.-практ. конф. (Київ, 3 червня 2015 р.) / М-во оборони, Нац. ун-т оборони України ім. І. Черняхівського. – К., 2015б. – С. 190–192.

Лазоренко Б. П. Технологія реінтеграції та реадaptaції особистості фрагментованої внаслідок психотравматизації / Б. П. Лазоренко // Наукові студії із соціальної та політичної психології : зб. статей / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології. – К., 2017. – Вип. 39 (42). – С. 168–177.

Лазос Г. П. Психотерапія постраждалих внаслідок тортур: огляд сучасних досліджень та психотерапевтичних моделей / Г. П. Лазос // Актуальні проблеми психології. Т. 3 : Консультативна психологія і психотерапія : зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – К., 2017. – Вип. 13. – С. 8–46.

Левин П. А. Пробуждение тигра – исцеление травмы. Природная способность трансформировать экстремальные переживания : [пер. с англ.] / Питер А. Левин, Энн Фредерик ; науч. ред. Е. С. Мазур. – М. : АСТ, 2007. – 316 с.

Луценко О. Л. Втрачена та нова адаптивність: сучасні психологічні особливості, що пов'язані з еволюційним минулим / О. Л. Луценко. – Харків : ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2018. – 312 с.

Лэнгле А. Дотянуться до жизни. Экзистенциальный анализ депрессии / Альфريد Лэнгле. – М. : Генезис, 2013. – 128 с.

Лэнгле А. Жизнь, наполненная смыслом. Прикладная логотерапия / Альфريد Лэнгле. – М. : Генезис, 2004. – 128 с.

Лэнгле А. Современный экзистенциальный анализ: история, теория, практика, исследования : учеб. для бакалаврата и магистратуры / А. Лэнгле, Е. М. Уколова, В. Б. Шумский. – 2-е изд., пер. и доп. – М. : Юрайт, 2018. – 404 с.

Макаревич О. Особливості психологічної підготовки армій країн НАТО / О. Макаревич // Соціальна психологія. – 2005. – № 1 (9). – С. 140–148.

Макгонигал К. Хороший стресс как способ стать сильнее и лучше : пер. с англ. / К. Макгонигал. – М. : Альпина Паблишер, 2017. – 304 с.

Маклаков А. Г. Многоуровневый личностный опросник “Адаптивность” (МЛО-АМ) / А. Г. Маклаков, С. В. Чермянин // Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учеб. пособие / ред. и сост. Д. Я. Райгородский. – Самара : Бахрах-М, 2006. – С. 549.

Марута Н. О. Інформаційно-психологічна війна як новий виклик сучасності: стан проблеми та напрямки її подолання / Н. О. Марута, М. В. Маркова // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23; вип. 3(84). – С. 21–28.

Махнач А. В. Жизнеспособность человека и семьи: социально-психологическая парадигма / А. В. Махнач. – М. : Ин-т психологии РАН, 2016. – 460 с.

Ми сильніші Разом [Електронний ресурс]: Школа соціально-психологічної допомоги (з 25. 12. 2017 р. по теп. час). – Режим доступу: <https://www.facebook.com/groups/319750368511089/>

Мирончак К. В. Вплив переживання втрати на самоефективність військових / К. В. Мирончак // Проблеми політичної психології : зб. наук. праць / Асоц. політ. психологів України, Ін-т соц. та політ. психології НАПН України. – К., 2017. – Вип. 6 (20). – С. 133–141.

Обліковано 1 493 057 переселенців [Електронний ресурс] / Мінсоцполітики. – 2018. – Режим доступу: <https://www.msp.gov.ua/news/14748.html>

Осадько Л. Ю. Саногений потенціал особистості: комунікативний підхід до концептуалізації феномена / Л. Ю. Осадько // Наукові студії із соціальної та політичної психології : зб. статей / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології. – К., 2014. – Вип. 34 (37). – С. 184–197.

Осин Е. Н. Опросник суб'єктивного отчуждения / Е. Н. Осин. – М. : Смысл, 2010. – 76 с.

Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій : метод. посіб. / О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. – К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. – 170 с.

Пезешкиан Н. Психотерапия повседневной жизни: Тренинг разрешения конфликтов : пер. с нем. / Носсрат Пезешкиан; под общ. рук. Ю. С. Наумова. – СПб. : Речь, 2002. – 288 с. – (Психотерапия на практике).

Перша психологічна допомога : посіб. для працівників на місцях / International Medical Corps. – К. : Пульсари, 2017. – 64 с.

Перша психологічна допомога. – Львів : Друкарські куншти, 2015. – 184 с.

Плескач Б. В. Соціально-психологічні аспекти психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам / Б. В. Плескач, В. С. Уркаєв // Актуальні проблеми психології. Т. 3 : Консультативна психологія і психотерапія : зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – К., 2017. – Вип. 13. – С. 74–91.

Поліщук Н. Обличчя Євромайдану (соціальний портрет учасників протестів) [Електронний ресурс] / Назарій Поліщук. – Режим доступу: <http://infolight.org.ua/content/oblichchya-ievromaydanu-socialniy-portret-uchasnikiv-protestiv> (13. 12. 2013).

Психология здоровья : учеб. для вузов / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Питер, 2006. – 607 с.

Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки : метод. посіб. / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, І. М. Біла, Г. П. Лазос ; за ред. З. Г. Кісарчук. – Вінниця : Рогальська І. О., 2016. – 234 с.

Психологічна допомога учасникам АТО та їхнім сім'ям : кол. моногр. / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник [та ін.] ; за заг. ред. М. І. Мушкевич ; Східноєвроп. нац. ун-т імені Лесі Українки. – Луцьк : Вежа-Друк, 2016. – 260 с.

Річні звіти [Електронний ресурс] / Нац. поліція України. – 2017. – Режим доступу: <https://www.npu.gov.ua/activity/zviti/richni-zviti/>

Робота з травмами війни. Український досвід : матеріали Першої всеукр. наук.-практ. конф. (м. Київ, 28–31 берез. 2018 р.) / [за наук. ред. Л. А. Найдьоновой, О. Л. Вознесенської, В. В. Савінова та ін.]. – К., 2018. – 170 с.

Ромек В. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В. Г. Ромек, В. А. Конторович, Е. И. Крукович. – СПб. : Речь, 2007. – 256 с.

Рыльская Е. А. Жизнеспособность и качественно-своеобразное становление жизненного мира человека: нарративный подход / Е. А. Рыльская // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 6. – С. 84–98.

Савінов В. В. Відновлювальні ефекти плейбек-театру у роботі з людьми, що переживають наслідки травматичних подій [Електронний ресурс] / В. В. Савінов // Психологічна допомога особистості в складних обставинах життєдіяльності : зб. тез доп. всеукр. наук.-практ. семінару (18 травня 2018 р., м. Чернівці). – Чернівці : ЧНУ ім. Ю. Федьковича, 2018. – С. 140–143. – Режим доступу: <http://lib.iitta.gov.ua/711342/>

Савінов В. В. Вплив плейбек-театру на особистість, що переживає наслідки травматичних подій / В. В. Савінов // Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей за матер. 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. – С. 133–143.

Сапогова Е. Е. Психологическая помощь взрослым в лиминальных периодах / Е. Е. Сапогова // Развитие личности. – 2016. – № 2. – С. 134–156.

Сигел Д. Майндсайт / Дэниел Сигел. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2015. – 336 с.

Сидоренко Ж. В. Соціально-психологічні передумови постановки молоддю життєвих завдань із досягнення психологічного здоров'я: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.05 “Соціальна психологія; психологія соціальної роботи” / Ж. В. Сидоренко. – К., 2011. – 22 с.

Соціально-педагогічна та психологічна допомога сім'ям з дітьми в період військового конфлікту : навч.-метод. посіб. / за ред. К. Б. Левченко, В. Г. Панка, І. М. Трубавіна. – К. : Агентство “Україна”, 2015. – 176 с.

Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навч. посіб. / В. В. Горбунова, А. Б. Карачевський, В. О. Климчук та ін. – Львів : Ін-т психічного здоров'я Укр. катол. ун-ту, 2016. – 92 с.

Соціально-психологічні чинники порушення стресостійкості дітей, що проживають у буферній зоні воєнного конфлікту на сході України / С. О. Богданов, А. М. Гірник, Б. П. Лазоренко, В. В. Савінов, В. В. Соловйова // Проблеми політичної психології : зб. наук. праць / Асоц. політ. психологів України, Ін-т соц. та політ. психології НАПН України. – К., 2016. – Вип. 4 (18). – С. 40–51.

Статистичні дані виробничого травматизму з початку року [Електронний ресурс] / Державна служба України з питань праці. – 2017. – Режим доступу: <http://dsp.gov.ua/statystychni-dani-vyrobnychoho-travma-2/>

Стивен Дж. Что нас не убивает = What doesn't kill us: новая психология посттравматического роста / Стивен Джозеф; [пер. с англ. Ирины Ющенко]. – М. : Карьера Пресс, 2015. – 352 с.

Талеб Н. Н. Антихрупкость. Как извлечь выгоду из хаоса : пер. с англ. / Н. Н. Талеб – М. : КоЛибри; Азбука-Аттикус, 2016. – 768 с.

Титаренко Т. М. Індикатори психологічного здоров'я особистості / Т. М. Титаренко // Психологічні науки: проблеми і здобутки : зб. наук. статей. – К., 2016. – Вип. 9. – С. 196–215.

Титаренко Т. М. Критерії відновлення психологічного здоров'я в умовах довготривалої травматизації / Т. М. Титаренко // Український психологічний журнал. – 2017. – № 1 (3). – С. 140–150.

Титаренко Т. М. Напрями психологічної реабілітації особистості, що переживає події війни / Т. М. Титаренко // Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей / Ін-т соц. та політ. психології НАПН України; Представництво Польської академії наук у м. Києві; Соціально-психологічний методичний центр. – К. : Міленіум, 2015. – С. 3–14.

Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія / Т. М. Титаренко ; Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. – 160 с.

Трубавіна І. М. Проблеми внутрішньо переміщених осіб в Україні як основа ведення випадку в соціальній роботі з ними / І. М. Трубавіна // Гібридна війна на сході України в міждисциплінарному вимірі: витоки, реалії, перспективи реінтеграції : зб. наук. праць. – Старобільськ, 2017. – С. 320–342.

Тэхкэ В. Психика и ее лечение / Вейкко Тэхкэ. – М. : Академический проект, 2001. – 574 с.

Уайт М. Карты нарративной практики: Введение в нарративную терапию : пер. с англ. / М. Уайт. – М. : Генезис, 2010. – 326 с. – (Расширение горизонтов).

Уикс Дж. Р. Психотехника парадокса. Практическое руководство по использованию парадоксов в психотерапии / Джеральд Р. Уикс, Лучиано Л'Абат. – М. : Маркетинг, 2002. – 278 с.

Франкл В. Логотерапия и экзистенциальный анализ. Статьи и лекции / Виктор Франкл. – М. : Альпина нон-фикшн, 2018. – 352 с.

Фромм Э. Иметь или быть / Эрих Фромм ; пер. Н. Войсунской, И. Каменкович, Е. Комаровой, Е. Рудневой, В. Сидоровой, Е. Феединой и М. Хорькова. – М. : АСТ, 2000. – 448 с.

Як будувати власне майбутнє: життєві завдання особистості : [наук. моногр.] / [Титаренко Т. М., Злобіна О. Г., Лепіхова Л. А. та ін.] ; за наук. ред. Т. М. Титаренко ; Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології. – Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2012. – 512 с.

Arnberg F. K. Posttraumatic Stress in Survivors 1 Month to 19 Years after an Airliner Emergency Landing [Electronic resource] / Filip K. Arnberg, Per-Olof Michel, Tom Lundin // PLoS ONE. – 2015. – Vol. 10 (3). – Access mode: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119732>

Bad is stronger than good / R. F. Baumeister, E. Bratslavsky, C. Finkenauer, K. D. Vohs // Review of General Psychology. – 2001. – Vol. 5. – P. 323–370.

Bandura A. Self-efficacy: Toward to unifying theory of behavioral change / A. Bandura // Psychological review. – 1977. – Vol. 84; № 2. – P. 191–205.

Bessel van der Kolk. The Evolution of Trauma Treatment [Electronic resource] / Bessel van der Kolk. – 2017. – Access mode: <https://www.psychotherapyworker.org/blog/details/1130/the-evolution-of-trauma-treatment>

Bill 35. The workers compensation amendment act (presumption re post-traumatic stress disorder and other amendments) [Electronic resource] / The Legislative Assembly of Manitoba. – 2015. – Access mode: <https://web2.gov.mb.ca/bills/40-4/b035e.php>

Bonanno G. A. Loss, Trauma, and Human Resilience. Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? / G. A. Bonanno // American Psychologist. – 2004. – Vol. 59, №. 1. – P. 20–28.

Comparative Effectiveness of Two Treatments for Veterans With PTSD [Electronic resource] / VA Office of Research and Development. – 2015. – Access mode: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02586064>

Davidson P. R. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis / Davidson P. R., Parker K. C. // Journal of consulting and clinical psychology. – 2001. – Vol. 69 (2). – P. 305.

Ehlers A. Post-traumatic stress disorder: The development of effective psychological treatments / Ehlers A., Clark D. M. // Nordic Journal of Psychiatry. – 2008. – Vol. 62 (sup. 47). – P. 11–18.

Everything just seems much more right in nature: How veterans with post-traumatic stress disorder experience nature-based activities in a forest therapy garden [Electronic resource] / D. V. Poulsen, U. K. Stigsdotter, D. Djernis, U. Sidenius // Health Psychology Open. – 2016. – January-June. – P. 1–14. – Access mode: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2055102916637090>

Feldman D. B. Super Survival of the Fittest [Electronic resource] / David B. Feldman, Lee Daniel Kravetz. – 2014. – Access mode: <https://www.psychologytoday.com/articles/201407/super-survival-the-fittest?collection=153279>

Graham C. Happiness And Health: Lessons – And Questions – For Public Policy / C. Graham // Health Affairs. – 2008. – Vol. 27, № 1. – P. 72–87.

Grothberg H. E. La resiliencia en el mundo de hoy Cymo superar las adversidades Gedisa [Electronic resource] / Edith Henderson Grothberg. – 2006. – 392 p. – Access mode: <http://gedisa-mexico.com/libros/GLA704.HTM>

Hayman Pm. Psychological debriefing of returning military personnel – a protocol for post-combat intervention / Pm. Hayman, Dj. Scaturro // Journal of social behavior and personality. – 1993. – Vol. 8 (5). – P. 117–130.

Helgeson V. S. A Meta-Analytic Review of Benefit Finding and Growth / V. S. Helgeson, K. A. Reynolds, P. L. Tomich // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2006. – Vol. 74 (5). – P. 797–816.

Hobfoll S. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress / S. Hobfoll // American Psychologist. – 1988. – Vol. 44. – P. 513–524.

Hobfoll S. E. Social Support: Will you be there when I need you? / S. E. Hobfoll // A lifetime of relationships / N. Vanzetti & S. Duck (Eds.). – California: Brooks / Cole Publishing Co, 1996. – P. 46–74.

Impact of the “polytrauma clinical triad” on sleep disturbance in a department of veterans affairs outpatient rehabilitation setting / Lew H. L.,

Pogoda T. K., Hsu P.T. et al. // American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. – 2010. – Vol. 89 (6). – P. 437–445.

Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD / Markowitz J. C., Petkova E., Neria Y., Van Meter P. E., Zhao Y., Hembree E., Marshall R. D. // American Journal of Psychiatry. – 2015. – Vol. 172 (5). – P. 430–440.

Joseph S. What Doesn't Kill Us: A guide to overcoming adversity and moving forward / S. Joseph. – Piatkus, 2013. – 336 p.

Kahneman D. Prospect theory: An analysis of decision under risk / D. Kahneman, A. Tversky // Econometrica. – 1979. – Vol. 77. – P. 263–291.

Keyes C. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life / C. Keyes // Journal of Health and Social Behavior. – Jun 2002. – Vol. 43. – P. 207–222.

Korn D. L. EMDR and the treatment of complex PTSD: A review / D. L. Korn // Journal of EMDR Practice and Research. – 2009. – Vol. 3 (4). – P. 264–278.

Lahad M. From victim to victor: The Development of the BASIC PH Model of Coping and Resiliency / Mooli Lahad // Traumatology. – 2017. – Vol. 23 (1). – P. 27–34. – D : 10.1037/trm0000105

Larina T. O. Examining personality viability resources through the example of Euromaidan movement during 2013–2014 in Ukraine / Tetiana Larina, Zhanna Sydorenko // Наука і освіта (Science and Education). – 2018. – № 1. – С. 139–148.

Lauer R. H. Social problems and the quality of life / R. H. Lauer. – 7-th edition. – Boston : Mc Graw-Hill, 1998. – 698 p.

Lazarus R. S. The concept of coping / Lazarus R. S. & Folkman S. // Monat A. Stress and Coping / Monat A. & Lazarus R. S. – New York, 1991. – P. 189–206.

Lazorenko B. P. Psychotrauma as a consequence of the hybrid war: alienation and assimilation of the traumatic experience / B. P. Lazorenko // Психологічні науки: проблеми і здобутки : зб. наук. статей / Київ. міжнар. ун-т, Ін-т соц. та політ психології НАПН України. – К., 2017. – Is. (1) 10. – P. 145–148.

Leykin D. Posttraumatic Symptoms and Posttraumatic Growth of Israeli Firefighters, at One Month following the Carmel Fire Disaster [Electronic resource] / Dmitry Leykin, Mooli Lahad, & Nira Bonne / Hindawi Publishing Corporation Psychiatry Journal. – 2013. – Article ID 274121. – P. 5. – Access mode: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/274121/> ([PDF] hindawi.com).

Linley P. A. Positive change following trauma and adversity: A review / P. A. Linley, S. Joseph // *Journal of Traumatic Stress.* – 2004. – Vol. 17. – P. 1121.

Mental health and employers: The case for investment. A supporting study for the Independent Review [Electronic resource] / Deloitte. – 2017. – Access mode: <https://www2.deloitte.com/uk/en/pages/public-sector/articles/mental-health-employers-review.html>

Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research / Tol, W. A., Kohrt, B. A., Jordans, M. J. // *Lancet.* – 2011. – Vol. 378 (9802). – P. 1581–1591.

Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: A meta-analysis / Hadlaczky G., Hückby S., Mkrtchian A., Carli V., Wasserman D. // *International Review of Psychiatry.* – 2014. – Vol. 26 (4). – P. 467–475.

Mental health in transition: assessment and guidance for strengthening integration of mental health into primary health care and community-based service platforms in Ukraine / Weissbecker Inka, Khan Olga, Kondalova Nataliia, Poole Laura, Cohen Jordana T.; Global Mental Health Initiative. – Washington, D.C.: World Bank Group, 2017. – 132 p.

Mental wellbeing at work [Electronic resource] / NICE. – 2009. – Access mode: <https://www.nice.org.uk/guidance/PH22/resources>

MHGAP Training Manuals – for the mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, version 2.0 [Electronic resource] / WHO. – 2017. – Access mode: http://www.who.int/mental_health/mhgap/training_manuals/en/

Mobile Apps to Improve Outreach, Engagement, Self-management, and Treatment for Posttraumatic Stress Disorder / Hoffman J. E., Kuhn E., Owen J. E., Ruzek J. I. // *Complementary and alternative medicine for PTSD.* – 2016. – P. 340–342.

Morina N. The role of experiential avoidance in psychological functioning after war-related stress in Kosovar civilians / N. Morina // *Journal of Nervous and Mental Disease.* – 2007. – № 195 (8). – P. 697–700.

National Institute for Clinical Excellence [Electronic resource] / The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care – 2005. – Access mode: www.nice.org.uk

Nature adventure rehabilitation for combat-related posttraumatic chronic stress disorder: A randomized control trial / M. Gelkopf, I. Hasson-Ohayon,

M. Bikman, S. Kravetz // *Psychiatry Research*. – 2013. – № 209 (3). – P. 485–493.

Neimeyer R. A. Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction / R. A. Neimeyer // *Death Studies*. – 2000. – Vol. 24. – P. 541–558.

Ottosson J. The role of natural settings in crisis rehabilitation: How does the level of crisis influence the response to experiences of nature with regard to measures of rehabilitation? / Ottosson, J., & Grahn, P. // *Landscape Research*. – 2008. – № 33(1). – P. 51–70.

Pólsdyttir A. M. The journey of recovery and empowerment embraced by nature – Clients' perspectives on nature-based rehabilitation in relation to the role of the natural environment / A. M. Pólsdyttir, D. Persson, B. Persson, P. Grahn // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2014. – № 11 (7). – P. 7094–7115.

Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and the Family [Electronic resource] / 2005. – Access mode: <http://www.veterans.gc.ca/eng/services/health/mental-health/publications/ptsd-families#b5>

Posttraumatic stress disorder: overview of evidence-based assessment and treatment / Lancaster C. L., Teeters J. B., Gros D. F., Back S. E. // *Journal of Clinical Medicine*. – 2016. – Vol. 5 (11). – P. 105.

Preliminary evaluation of PTSD Coach, a smartphone app for post-traumatic stress symptoms / E. Kuhn, C. Greene, J. Ruzek et al. // *Military medicine*. – 2014. – № 179. – P. 12–18

Prochaska J. O. In search of how people change. Applications to Addictive Behaviors / J. O. Prochaska, C. C. DiClemente, J. C. Norcross // *American Psychologist*. – 1992. – Vol. 47. – P. 1102–1104.

Psychosocial problems and resilience strategies of children and youth who are living in the front line zone in the east of Ukraine / Bogdanov S., Girnyk A., Lazorenko B., Savinov V., Solovjova V. // *Bridging Across Generations: Turning Research into Action for Children and Families Abstracts: 15th Symposium on the Contributions of Psychology to Peace, 21–27 May 2017, Rome and Florence, Italy*. – P. 75–76. – Access mode: <https://www.unicef-irc.org/article/1614>

Rafaeli A. K. Interpersonal psychotherapy (IPT) for PTSD: a case study / A. K. Rafaeli, J. C. Markowitz // *American Journal of Psychotherapy*. – 2011. – Vol. 65 (3). – P. 205–223.

Samra J. Workplace Mental Health in Canada. The Evolution of Workplace Mental Health in Canada: Research Report (2007–2017) / Joti

Samra ; Great-West Life Centre for Mental Health in the Workplace. – City of Fredericton, 2017. – 86 p.

Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct? / Davis C. G., Wortman C. B., Lehman D. R., Silver R. C. // *Death Studies*. – 2000. – Vol. 24. – P. 497–540.

Sleep Disorders in US Military Personnel / V. Mysliwiec, J. Gill, H. Lee, T. Baxter, R. Pierce, T. L. Barr, B. Krakow, B. J. Roth // *A High Rate of Comorbid Insomnia and Obstructive Sleep Apnea*. – 2013. – Vol. 144 (2). – P. 549–557.

Spiritually oriented disaster psychology / Aten J. D., O'Grady K. A., Milstein G., Boan D., Schrub A. // *Spirituality in Clinical Practice*. – 2014. – Vol. 1 (1). – P. 20–28.

Stephens R. Swearing as a response to pain / R. Stephens, J. Atkins, A. Kingston // *Neuroreport*. – 2009. – Vol. 20 (12). – P. 1056–1060. – Doi:10.1097/WNR.0b013e32832e64b1

Tedeschi R. G. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence / R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun // *Psychological Inquiry*. – 2004. – Vol. 15 (1). – P. 1–18.

The impact of mental health and psychosocial support interventions on people affected by humanitarian emergencies: A systematic review. Humanitarian Evidence Programme / M. Bangpan, K. Dickson, L. Felix, A. Chiumento. – Oxford : Oxfam GB, 2017. – 210 p.

The National Standard of Canada for Psychological Health and Safety in the Workplace [Electronic resource] / The Mental Health Commission of Canada. – 2013. – Access mode: <https://www.mentalhealthcommission.ca/English/what-we-do/workplace/national-standard>

Trajectories of PTSD risk and resilience in World Trade Center responders: an 8-year prospective cohort study / Pietrzak R. H., Feder A., Singh R., Schechter C. B., Bromet E. J., Katz C. L. et al. // *Psychological Medicine*. – 2014. – Vol. 44. – P. 205–219.

Tversky A. Loss aversion in riskless choice: A reference dependent model / A. Tversky, D. Kahneman // *Quarterly Journal of Economics*. – 1991. – Vol. 106. – P. 1039–1061.

Tytarenko T. M. Socio-psychological rehabilitation of persons who suffer from military aggression / T. M. Tytarenko // *Український психологічний журнал*. – 2018. – № 1 (7). – P. 151–160.

When gains loom larger than losses: Reversed loss aversion for small amounts of money / Harinck F., Van Dijk E., Van Beest I., Mersmann P. // *Psychological Science*. – 2007. Vol. 18 (12). – P. 1099–1110.

WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: a systematic review of evidence from low and middle-income countries / Keynejad R. C., Dua T., Barbui C., Thornicroft G. // *Evidence-based mental health*. – 2018. – Vol. 21 (1). – P. 30–34.

World Health Organization. Guidelines for the management of conditions that are specifically related to stress. – World Health Organization, 2013. – 273 p.

World Health Organization. MhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical Management of Mental Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Emergencies. – World Health Organization, 2015. – 68 p.

Wortman C. B. The myths of coping with loss revisited / C. B. Wortman, R. C. Silver // *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* / M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.). – Washington, DC : American Psychological Association, 2001. – P. 405–429.

Znoj H. Bereavement and posttraumatic growth / H. Znoj // *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* / L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.). – Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, 2006. – P. 176–196.

Д О Д А Т К И

Додаток 1

Безшейко В. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника “Перелік симптомів ПТСР” для української популяції*

Наводимо перелік проблем, з якими інколи стикаються люди, що пережили сильну стресову подію (табл. Д1).

“Тримаючи” в голові найгіршу подію, уважно прочитайте проблеми та визначте, якою мірою вони Вас непокоїли протягом останнього місяця. Будь ласка, коротко опишіть подію (якщо вона викликає сильне занепокоєння, пропустіть цей пункт) _____

Таблиця Д1

Перелік симптомів ПТСР		Варіанти відповідей				
№	Як сильно протягом останнього місяця Вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	повторювані, бенгежні та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	повторювані, бенгежні сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6	уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4

* Див.: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8> Шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР)

Перелік симптомів ПТСР		Варіанти відповідей				
№	Як сильно протягом останнього місяця Вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
8	проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, “я поганий”, “зі мною щось не так”, “нікому не можна довіряти”, “світ – небезпечне місце”)?	0	1	2	3	4
10	самозвинувачення або звинувачення інших щодо стресового досвіду або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше давала задоволення?	0	1	2	3	4
13	відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	переживання позитивних емоцій (наприклад, незмоги у відчутті радості або любові до близької людини)?	0	1	2	3	4
15	роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	те, що Ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	необхідність бути “на взводі” або “насторожі”?	0	1	2	3	4
18	відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19	труднощі, пов’язані з неможливістю зосередитися?	0	1	2	3	4
20	проблеми із засинанням або прокидання серед ночі?	0	1	2	3	4

**Маклаков А. Г., Чермянін С. В. Багаторівневий
особистісний опитувальник “Адаптивність”
(МЛО-АМ)***

Інструкція. Пропонуємо до Вашої уваги низку тверджень, що стосуються безпосередньо Вашого самопочуття, поведінки та характеру. Правильних або неправильних відповідей тут немає, тому просимо відповідати, не роздумуючи, тільки “так” (+) або “ні” (-).

Ваші: Ім'я _____; стать. чол./жін. ; Вік ____;

Дата проведення _____

Статус: Учасник(-ця) АТО; в/с ЗСУ, ВПО; Член сім'ї учасника(-ці) АТО; в/с ЗСУ, ВПО (*потрібне підкреслити*)

Сподіваємося на Вашу щирість. Дякуємо за співпрацю.

1	Буває, що я гніваюся.
2	Зазвичай вранці я прокидаюся свіжим(-ою) і відпочилим(-ою).
3	Зараз я приблизно так само працездатний(-а), як і завжди.
4	Доля, безумовно, несправедлива до мене.
5	Закріпи в мене бувають дуже рідко.
6	Часом мені дуже хотілося залишити свій дім.
7	Часом у мене бувають напади сміху або плачу, з якими я ніяк не можу впоратися.
8	Часом здається, що мене ніхто не розуміє.
9	Вважаю, що якщо хтось заподіяв мені зло, то я повинен(-на) відповісти йому тим же.
10	Часом мені спадає на думку таке, що краще про це нікому не розповідати.
11	Мені буває важко зосередитися на якомусь завданні або на якійсь роботі.
12	У мене бувають дуже дивні і незвичайні переживання.
13	У мене досі не було неприємностей через мою поведінку.
14	У дитинстві я крав(-ла) часом якісь дрібні речі.
15	Буває, що у мене з'являється бажання ламати або трошити все навколо.
16	Бувало, що я цілими днями або навіть тижнями нічого не міг (не могла) робити, тому що не міг (не могла) змусити себе стати до роботи.

* Див.: Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учеб. пособие / ред. и сост. Д. Я. Райгородский. – Самара : Бахрах-М, 2006. – С. 549.

17	Сон у мене уривчастий і неспокійний.
18	Моя сім'я ставиться несхвально до тієї роботи, яку я обрав(-ла).
19	Бували випадки, коли я не дотримувався(-лася) своїх обіцянок.
20	Голова у мене болить часто.
21	Раз на тиждень, а то й частіше я без жодної явної причини раптово відчуваю жар у всьому тілі.
22	Було б добре, якби більшість законів скасували.
23	Стан мого здоров'я майже такий же (не гірше), як у більшості моїх знайомих.
24	Коли я зустрічаю на вулиці своїх знайомих або шкільних друзів, з якими давно не бачився(-лася), то вважаю за краще проходити повз них мовчки, якщо вони зі мною не заговорять першими.
25	Більшості людей, яких я знаю, я подобаюся.
26	Я людина товариська.
27	Іноді я так наполягаю на своєму, що люди втрачають терпіння.
28	Більшу частину часу настрій у мене пригнічений.
29	Тепер мені важко сподіватися на те, що я чогось досягну в житті.
30	Мені бракує впевненості в собі.
31	Іноді я кажу неправду.
32	Загалом я вважаю, що життя – це вартісна річ.
33	Я вважаю, що більшість людей здатні збрехати, щоб просунутися по службі.
34	Я охоче беру участь у зборах та інших громадських заходах.
35	Я сварюся із членами моєї сім'ї дуже рідко.
36	Іноді я відчуваю сильне бажання порушити правила пристойності або комусь нашкодити.
37	Найважча боротьба для мене – це боротьба із самим(-ою) собою.
38	М'язові судоми або посмикування в мене бувають украй рідко (або майже не бувають).
39	Я досить байдужий(-а) до того, що зі мною буде.
40	Коли я погано себе почуваю, то буваю іноді дратівливим(-ою).
41	Часто в мене таке відчуття, що я зробив(-ла) щось не те або навіть щось погане.
42	Деякі люди до такої міри люблять командувати, що мене так і тягне робити все навперекір, навіть якщо я знаю, що вони мають рацію.
43	Я часто вважаю себе зобов'язаним(-ою) відстоювати те, що вважаю справедливим.
44	Моя мова зараз така ж, як і завжди (ні швидша, ні повільніша, немає ні хрипоті, ні невиразності).
45	Я вважаю, що моє сімейне життя таке ж хороше, як у більшості моїх знайомих.
46	Мене страшенно зачіпає, коли мене критикують або лають.
47	Іноді в мене буває відчуття, що я просто повинен(-на) завдати ушкодженнь собі або кому-небудь іншому.

48	Моя поведінка значною мірою визначається звичками тих, хто мене оточує.
49	У дитинстві в мене була компанія, де всі намагалися стояти одне за одного.
50	Іноді мені так і кортить встряти з кимось у бійку.
51	Бувало, що я говорив(-а) про речі, на яких не знаюся.
52	Зазвичай я засинаю спокійно й мене не тривожать ніякі думки.
53	Останні кілька років я почуваюся добре.
54	У мене ніколи не було ні нападів, ні судом.
55	Зараз моя вага постійна (я не худну і не повнію).
56	Я вважаю, що мене часто карали незаслужено.
57	Мені легко розплакатися.
58	Я мало втомлююся.
59	Я був(-ла) би досить спокійним(-ою), якби у когось із моєї сім'ї виникли неприємності через порушення закону.
60	З моїм розумом щось негаразд.
61	Щоб приховати свою сором'язливість, мені доводиться докладати чимало зусиль.
62	Напади запаморочення у мене бувають дуже рідко (або майже не бувають).
63	Мене турбують сексуальні (статеві) питання.
64	Мені важко підтримувати розмову з людьми, з якими я тільки що познайомився(-лася).
65	Коли я намагаюся щось зробити, часто помічаю, що в мене тремтять руки.
66	Руки в мене такі ж спритні і швидкі, як і раніше.
67	Більшу частину часу я відчуваю загальну слабкість.
68	Коли я збентежений(-а), то часом сильно пітнію, і це мене дуже дратує.
69	Буває, що я відкладаю на завтра те, що повинен(-на) зробити сьогодні.
70	Думаю, що я людина приречена.
71	Бували випадки, що мені важко було втриматися, аби щось не поцупити в когось або десь, наприклад у магазині.
72	Я зловживав(-ла) спиртними напоями.
73	Я часто через щось тривожуся.
74	Мені хотілося б бути членом кількох гуртків або товариств.
75	Я рідко задихаюся, і в мене не буває сильного серцебиття.
76	Усе своє життя я суворо дотримуюся принципів, заснованих на почутті обов'язку.
77	Траплялося, що я перешкоджав(-ла) чи робив(-ла) наперекір людям просто з принципу, а не тому, що справа була справді важливою.
78	Якщо мені не загрожує штраф і машин поблизу немає, я можу перейти вулицю там, де мені хочеться, а не там, де належить.
79	Я завжди був(-ла) незалежним(-ою) і вільним(-ою) від контролю з боку родини.
80	У мене бували періоди такого сильного занепокоєння, що я навіть не міг (не могла) всідіти на місці.

81	Найчастіше мої вчинки неправильно тлумачилися.
82	Мої батьки і (або) інші члени сім'ї чіпляються до мене більше, ніж треба.
83	Хтось керує моїми думками.
84	Люди байдужі і не переймаються тим, що з тобою трапиться.
85	Мені подобається бути в компанії, де всі підсміюються одне над одним.
86	У школі я засвоював(-ла) матеріал повільніше, ніж інші.
87	Я цілком упевнений(-а) в собі.
88	Нікому не довіряти – найбезпечніше.
89	Раз на тиждень або частіше я буваю дуже збудженим(-ою) чи схвилюваним(-ою).
90	Коли я перебуваю в компанії, мені важко знайти підхожу тему для розмови.
91	Мені легко змусити інших людей боятися себе, й іноді я це роблю заради забави.
92	У грі я волію вигравати.
93	Нерозумно засуджувати людину, яка обманула того, хто сам дозволяє себе обманювати.
94	Хтось намагається впливати на мої думки.
95	Я щодня випиваю багато води.
96	Найщасливіше я почувуюся на самоті.
97	Я обурююся щоразу, коли дізнаюся, що злочинець з якої-небудь причини залишився безкарним.
98	У моєму житті був один чи кілька випадків, коли я відчував(-ла), що хтось за допомогою гіпнозу змушує мене робити ті чи інші вчинки.
99	Я рідко заговорюю з людьми першим(-ою).
100	У мене ніколи не було зіткнень із законом.
101	Мені приємно мати серед своїх знайомих шанованих людей – це ніби додає мені ваги у власних очах.
102	Іноді без будь-якої причини в мене бувають раптові напади веселості.
103	Життя для мене майже завжди пов'язане з напругою.
104	У школі мені було дуже важко говорити перед класом.
105	Люди проявляють щодо мене стільки співчуття і симпатії, скільки я заслуговую.
106	Я відмовляюся грати в деякі ігри, тому що в мене це погано виходить.
107	Мені здається, що я зав'язую дружбу з такою ж легкістю, як і інші.
108	Мені неприємно, коли навколо мене люди.
109	Як правило, мені не щастить.
110	Мене легко збити з пантелику.
111	Деякі з членів моєї сім'ї здійснювали вчинки, які мене лякали.
112	Іноді в мене бувають напади сміху або плачу, з якими я ніяк не можу впоратися.
113	Мені буває важко взятися до виконання нового завдання або почати нову справу.
114	Якби люди не були налаштовані проти мене, я в житті досяг(-ла) б набагато більшого.

115	Часом здається, що мене ніхто не розуміє.
116	Серед моїх знайомих є люди, які мені не подобаються.
117	Я легко втрачаю терпіння щодо людей.
118	Часто в новій обстановці я відчуваю тривогу.
119	Часто мені хочеться вмерти.
120	Іноді я так збуджуюся, що мені важко заснути.
121	Часто я переходжу на інший бік вулиці, щоб уникнути зустрічі з кимось.
122	Бувало, що я кидав розпочату справу, тому що боявся, що не впораюся з нею.
123	Майже щодня трапляється щось таке, що мене лякає.
124	Навіть серед людей я почувуюся самотнім(-ою).
125	Я переконаний(-а), що існує лише одне-єдине правильне розуміння сенсу життя.
126	У гостях я частіше сиджу осторонь і розмовляю з кимось одним, ніж беру участь у загальних розвагах.
127	Мені часто говорять, що я запальний(-а).
128	Буває, що я з ким-небудь попліткую.
129	Часто мені буває неприємно, коли я намагаюся застерегти когось від помилок, а мене розуміють неправильно.
130	Я часто звертаюся до людей за порадою.
131	Часто, навіть тоді, коли для мене все складається добре, я відчуваю, що мені все байдуже.
132	Мене досить важко вивести з рівноваги.
133	Коли я намагаюся вказати людям на їхні помилки або допомогти, вони часто розуміють мене неправильно.
134	Зазвичай я спокійний(-а) і мене нелегко вивести з душевної рівноваги.
135	Я заслуговую на суворе покарання за свої вчинки.
136	Мені властиво так сильно переживати через свої розчарування, що я не можу змусити себе не думати про них.
137	Часом мені здається, що я ні до чого не придатний(-а).
138	Бувало, що під час обговорення деяких питань я, особливо не замислюючись, погоджувався(-лася) з думкою інших.
139	Мене дуже турбують можливі нещастя.
140	Мої переконання і погляди непохитні.
141	Я думаю, що можна, не порушуючи закон, спробувати знайти в ньому лазівку.
142	Є люди, які для мене настільки неприємні, що я в глибині душі радію, коли вони дістають наганяй за що-небудь.
143	У мене бували періоди, коли я через хвилювання втрачав(-ла) сон.
144	Я відвідую всілякі громадські заходи, тому що це дає змогу бути серед людей.
145	Можна пробачити людям порушення правил, які вони вважають нерозумними.

146	У мене є погані звички, які настільки сильні, що боротися з ними просто марно.
147	Я охоче знайомлюся з новими людьми.
148	Буває, що недоречний або навіть непристойний жарг викликає в мене сміх.
149	Якщо справа в мене йде погано, мені відразу хочеться все кинути.
150	Я намагаюся діяти відповідно до власних планів, а не слухати вказівки інших.
151	Люблю, щоб інші люди знали мою позицію.
152	Якщо я погані думки про людину або навіть зневажаю її, я не замислююся над тим, щоб приховати це від неї.
153	Я людина нервова і легко збуджуюся.
154	Усе в мене виходить погано, не так як треба.
155	Майбутнє здається мені безнадійним.
156	Люди досить легко можуть змінити мою думку, навіть якщо до цього вона здавалося мені остаточною.
157	Кілька разів на тиждень у мене виникає відчуття, що має статися щось страшне.
158	Найчастіше я почуваюся втомленим(-ою).
159	Я люблю бувати на вечорах і просто в компаніях.
160	Я уникаю конфліктів і скрутних становищ.
161	Мене часто дратує, що я забуваю, куди кладу речі.
162	Пригодницькі розповіді мені подобаються більше, ніж розповіді про любов.
163	Якщо я хочу зробити щось, але інші вважають, що цього робити не варто, я легко можу відмовитися від своїх намірів
164	Нерозумно засуджувати людей, які прагнуть узяти від життя все, що можуть.
165	Мені байдуже, що про мене думають інші.

Ще раз щиро дякуємо!

Кальницька К. О., Лазоренко Б. П. Опитувальник самооцінки змін якості життя учасників Школи соціально-психологічної допомоги (ШСПД)

Шановні учасники Школи! Просимо вас відповісти на запитання, які стосуються оцінювання вами змін власної якості життя та життя ваших близьких, які ви пов'язуєте з вашою участю в ШСПД та набуттям навичок само- і взаємодопомоги. Ваші відповіді і побажання допоможуть удосконалити цю форму нашої співпраці з вами та іншими людьми, які мають потребу в такій соціально-психологічній послугі.

Щиро дякуємо за співпрацю!

Відповідаючи на запитання, Ви можете зберегти анонімність або ж зазначити своє ім'я, щоб ми могли подякувати Вам особисто за надану допомогу.

Ваше ім'я _____ вік _____ Стать: чол., жін., Дата: _____ 2018 р.

Ви учасник(-ця) АТО, в/с ЗСУ, волонтер(-ка), ВПО,

член сім'ї: учасника АТО, в/с ЗСУ, ВПО

(потрібне підкреслити)

Кількість занять, у яких ви взяли участь ____

На запитання, наведені нижче, ви відповідаєте Так (+) або Ні (-).

1	Ви активно долучалися до проживання власних станів у групових сесіях.	
2	Ви більше спостерігали за роботою в групі інших учасників.	
3	Ви також працювали індивідуально з ведучими в практичних сесіях або по їх закінченні.	
4	Ви виконували домашні завдання на засвоєння навичок самодопомоги.	
5	Ви використовували набуті навички для надання допомоги близьким і рідним, друзям.	
6	Ви брали участь у групах взаємодопомоги між сесійними заняттями ШСПД як користувач допомоги.	
7	Ви брали участь у групах взаємодопомоги між сесійними заняттями ШСПД як надавач допомоги.	

Самооцінка змін власного фізичного самопочуття (п. 9, 10 – обираєте свою відповідь +):

8	Моє фізичне самопочуття не змінилось.			
9	Моє фізичне самопочуття покращилось.	не набагато	помірно	значно
10	Моє фізичне самопочуття погіршилось.	не набагато	помірно	значно

Які саме зміни відбулись і з чим Ви їх пов'язуєте?

Самооцінка змін власного психологічного самопочуття (п. 12, 13 – обираєте свою відповідь +):

11	Моє психологічне самопочуття не змінилось.			
12	Моє психологічне самопочуття покращилось.	не набагато	помірно	значно
13	Моє психологічне самопочуття погіршилось.	не набагато	помірно	значно

Які саме зміни відбулись і з чим Ви їх пов'язуєте?

Самооцінка змін у ваших стосунках із членами вашої сім'ї (п. 15, 16, 17, 18, 19 – обираєте свою відповідь +):

14	Моє ставлення до батьків, чоловіка/дружини, дітей не змінилось.			
15	Моє ставлення до батьків, чоловіка/дружини, дітей покращилось.	не набагато	помірно	значно
16	Моє ставлення до батьків, чоловіка/дружини, дітей погіршилось.	не набагато	помірно	значно
17	Ставлення батьків, чоловіка/дружини, дітей до мене не змінилось.			
18	Ставлення батьків, чоловіка/дружини, дітей до мене покращилось.	не набагато	помірно	значно

19	Ставлення батьків, чоловіка/дружини, дітей до мене погіршилось.	не набагато	помірно	значно
----	--	-------------	---------	--------

Що саме змінилося і з чим Ви це пов'язуєте?

Самооцінка змін у ваших стосунках із колегами за місцем праці, служби (п. 20, 21, 22, 23, 24 ,25 – обираєте свою відповідь +):

20	Моє ставлення до керівництва, колег не змінилось.			
21	Моє ставлення до керівництва, колег покращилось.	не набагато	помірно	значно
22	Моє ставлення до керівництва, колег погіршилось.	не набагато	помірно	значно
23	Ставлення керівників, колег до мене не змінилось.			
24	Ставлення керівників, колег до мене покращилось.	не набагато	помірно	значно
25	Ставлення керівників, колег до мене погіршилось.	не набагато	помірно	значно

Що саме змінилося і з чим Ви це пов'язуєте?

Що, як Ви вважаєте, Вам вдалося досягти чи змінити у своєму житті завдяки участі в ШСПД?

26	Чи зможете Ви користуватися набутими навичками для самопомоги?	ні	сумніваюсь	можливо	скоріше так	так
27	Чи зможете Ви допомагати своїм рідним і близьким?	ні	сумніваюсь	можливо	скоріше так	так
28	Чи зможете Ви допомагати своїм друзям, колегам і тим, хто цього потребує?	ні	сумніваюсь	можливо	скоріше так	так

Ваші побажання щодо вдосконалення і підвищення ефективності такої форми соціально-психологічної роботи:

Дякуємо за співпрацю!

Виробничо-практичне видання

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ
ВІДНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ
ПІСЛЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ**

Практичний посібник

За науковою редакцією Т. М. Титаренко

Літературне редагування *Т. А. Кузьменко*

В оформленні обкладинки використано айфонографію “Світанок у Нечаєво: молоде грушеве дерево розквітає на тлі сонця, що сходить. Початок травня, о пів на шосту ранку”
(Юлія Волязловська, м. Олешки, 2019 р.)

Адреса Інституту: 04070, м. Київ, вул. Андріївська, 15

Підписано до друку 19.03.2019 р. Формат 60x84 1/16.
Папір офсетний. Гарнітура Times New Roman. Ум. друк. арк. 10,0.
Наклад 300 прим. Замовлення № 040.

Поліграфічно-видавничий центр ТОВ “Імекс-ЛТД”
Свідоцтво про реєстрацію серія ДК № 195 від 21.09.2000 р.
25006, м. Кропивницький, вул. Декабристів, 29.
Тел./факс (0522) 22-79-30, 32-17-05
E-mail: marketing@imex.net
