

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ

Харківський національний університет внутрішніх справ

Факультет № 3

Кафедра педагогіки та психології

**МЕТОДИЧНІ МАТЕРІАЛИ
ДО СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ**

з навчальної дисципліни

**«Основи соціально-психологічної реабілітації» вибіркового компоненту
освітньої програми першого (бакалаврського) рівня вищої освіти**

053 «Психологія» (психолог ювенальної превенції)

Харків 2023

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол від 27.11.2023 № 10

СХВАЛЕНО

Вченою радою факультету № 3
Протокол від 15.11.2023 № 12

ПОГОДЖЕНО

Секцією науково-методичної ради
з гуманітарних та соціально-
економічних дисциплін ХНУВС
Протокол від 24.11.2023 № 10

Розглянуто на засіданні кафедри педагогіки та психології
(Протокол від 10.11.2023 № 18)

Розробники:

Професор кафедри педагогіки та психології факультету № 3 ХНУВС,
доктор психологічних наук, професор – Мілорадова Н.Е.

Рецензенти:

- 1.
2. Доцент кафедри педагогіки та психології факультету № 3 ХНУВС,
кандидат психологічних наук, доцент – Доценко В.В.

1. Розподіл часу навчальної дисципліни за темами

Номер та назва навчальної теми	навчальної дисципліни						Вид контролю
	Всього	з них:					
		Лекції	Семінарські заняття	Практичні заняття	Лабораторні заняття	Самостійна робота	
Семестр № 8							
Тема № 1. Реабілітаційна психологія в умовах екстремальних ситуацій	8	2	2			4	
Тема № 2. Характеристика психотравмівних та кризових ситуацій	14	4	4			6	
Тема № 3. Діагностичний інструментарій у реабілітаційному процесі	10	2	2			6	
Тема № 4. Соціально-психологічна реабілітація психічних хворих	8	2	2			4	
Тема № 5. Соціально-психологічна реабілітація соматичних хворих	8	2	2			4	
Тема № 6. Соціально-психологічна складова реабілітації осіб з обмеженими можливостями	10	2	2			6	
Тема № 7. Психологічні розлади пов'язані з впливом стресу та основи їх психологічної реабілітації	14	4	4			6	
Тема № 8. Соціально-психологічна реабілітація осіб, що зазнали впливу чинників соціального стресу	14	4	4			6	
Тема № 9. Особливості соціально-психологічної реабілітації дітей-соціальних сиріт	10	2	2			6	
Тема № 10. Особливості соціально-психологічної реабілітації постраждалих в наслідок бойових дій	14	4	4			6	
Тема № 11. Соціально-психологічна реабілітація дітей і дорослих, які постраждали від домашнього насилля	10	2	2			6	
Всього за семестр № 8	120	30	30			60	залік

2. Методичні вказівки до семінарських занять

Тема № 1. Реабілітаційна психологія в умовах екстремальних ситуацій.

Семінарське заняття. Реабілітаційна психологія в умовах екстремальних ситуацій.

Навчальна мета заняття: визначити рівень засвоєння матеріалу з даної теми, рівень сформованості уявлень про теоретичні основи реабілітаційної психології.

Час проведення – 2 години

Навчальні питання:

1. Загальне поняття про реабілітацію. Розвиток загальної концепції реабілітації.
2. Основні завдання та принципи реабілітаційної психології
3. Основні фази та етапи реабілітаційного процесу.
4. Правові основи реабілітаційного процесу.
5. Вимоги до психолога, що працює в реабілітаційній мультифункціональній бригаді.
6. Особливості роботи реабілітаційного психолога з постраждалими.

Методичні вказівки

1. При підготовці до відповіді на перше питання семінарського заняття здобувачам необхідно звернути увагу на особливості розвитку загальної концепції реабілітації.

Реабілітаційна психологія як окрема галузь науки виникла у 80-х роках ХХ століття. Якщо звернутися до історичних подій, що стали прапередумовами появи реабілітаційної психології, то треба передусім згадати перший державний досвід людства опіки над ветеранами – притулок для солдатів-ветеранів, який збудував Людовик XIV. Будівництво тривало протягом 1671–1706-х років. Паризький «Дім Інвалідів» став справжнім містом у мініатюрі, де жили за церковними правилами і військовою дисципліною.

Термін *«реабілітація»* використовується віддавна в юридичній практиці стосовно до осіб, відновлених у правах.

Що стосується медицини, то історія реабілітації починається від років першої світової війни, коли у Великобританії були створені ортопедичні госпіталі для лікування інвалідів війни.

В Англії та США після Другої світової війни було розроблено принципи реабілітації, які згодом стали основою концепцій реабілітації хворих та інвалідів у різних країнах світу. Після другої світової війни відбувся значний розвиток реабілітації, коли почали створювати різноманітні реабілітаційні служби і центри, коли реабілітація стала предметом турбот деяких громадських організацій і виділилася в окрему дисципліну.

Поняття *«реабілітація»* вперше було застосовано офіційно до хворих туберкульозом, коли в 1946 році у Вашингтоні був проведений конгрес по реабілітації цих хворих. Незважаючи на широке використання цього терміну в медичній науці і практиці, у відношенні сутності реабілітації, а також цілей і завдань її дотепер немає єдиної точки зору.

В одних країнах під реабілітацією розуміють тільки відновлення здоров'я, в

інших це поняття відноситься і до відновлення працездатності, в третій – до надання матеріальної допомоги постраждалим і т.ін.

Вперше питання реабілітації в міжнародному масштабі розглядалось у 1958 року, коли відбулося засідання експертів ВОЗ по медичній реабілітації.

У 1960 році було організаційно оформлено Міжнародне товариство по реабілітації інвалідів, що є членом ВОЗ і працює в тісному контакті з ООН, а також із ЮНІСЕФ, ЮНЕСКО і Міжнародним робочим бюро (МРБ).

З ініціативи Міжнародне товариство по реабілітації інвалідів кожні три роки проводяться міжнародні конгреси, на яких розглядаються різноманітні проблеми реабілітації. Наукові товариства по реабілітації організовані і працюють у багатьох країнах.

У практиці діяльності правоохоронних органів термін «психологічна реабілітація» набув поширення з 1990-х років для позначення цілей і змісту роботи, яку доцільно проводити із співробітниками, які побували в екстремальних ситуаціях і перенесли великі психологічні і фізичні навантаження або отримали поранення.

РЕАБІЛІТАЦІЯ (Р.) (лат. *Rehabilitatio* – відновлення; ге – означає «знову», *habilitas* – «здатність, спроможність») – комплекс медичних, педагогічних, професійних і юридичних заходів, спрямованих на відновлення (або компенсацію) порушених функцій організму і працездатності хворих і інвалідів.

Реабілітація – це процес спрямований на досягнення певної мети людини, яка перенесла травму, захворювання або має загальний ослаблений стан організму.

Мета реабілітації – повернення до колишнього стану або колишньої здатності функціонування.

Суть поняття «реабілітація»

1) Відновлення в правах.

2) Система медико - психологічних, педагогічних і соціальних заходів, направлених на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій, станів, особистісного і соціально-трудового статусу хворих і інвалідів, а також осіб, що перенесли захворювання, получили психічну травму в результаті різкої зміни соціальних відносин через життєві кризи, зміни умов життя та інших факторів (Головін С.Я., 1998).

Визначення поняття «реабілітація» змінилося наприкінці ХХ століття.

Реабілітація це:

- це система державних, соціальних медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на запобігання розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності; на ефективне і раннє повернення хворих та інвалідів (дітей і дорослих) у суспільство і до суспільно корисної праці. комбіноване і координоване використання соціальних, медичних, педагогічних і професійних заходів з метою підготовки і перепідготовки індивідуума для досягнення його оптимальної працездатності (ВООЗ);

- відновлення здоров'я осіб з обмеженими фізичними і психічними можливостями з метою досягнення їх максимальної повноцінності з фізичної,

психічної, професійної і соціальної точки зору, тобто основним завданням реабілітації є попередження інвалідності в період лікування хвороби, попередження ускладнень і погіршення стану здоров'я в гострий період захворювання (Міжнародна організація праці);

- процес, який забезпечує найвищий можливий рівень відновлення втрачених з тієї чи іншої причини функцій і здібностей, який досягається шляхом розвитку фізичних компенсаторних механізмів і психологічного врегулювання за допомогою використання медичних, фізкультурних, інженерних, освітніх і професійних служб (Австралійська медична асоціація експертів з реабілітації);

- суспільно необхідне функціональне і соціально-трудове відновлення хворих та інвалідів, що здійснюється комплексним проведенням медичних, психологічних, педагогічних, професійних, юридичних, державних, суспільних та інших заходів, за допомогою яких можна повернути потерпілих до звичайного життя і праці, відповідно до їх стану (В. Мухін);

- процес відновлення здоров'я, структурно-функціональних можливостей (анатомо-фізіологічного статусу) організму, працездатності і креативності людини, яка потерпіла внаслідок захворювань, травм або інших несприятливих фізичних, виробничих, соціальних та інших чинників (Н. Пересадін, Т. Д'яченко).

Відповідно, **мета реабілітації** – відновлення, повернення людини до попереднього стану або до попередньої здатності нормально функціонувати.

2. Стосовно другого питання, викладач звертає увагу на особливості реабілітаційної психології.

Викладач пропонує в мікрогрупах розглянути основні проблеми реабілітаційної психології та шляхи й перспективи їх вирішення

Основні проблеми	Шляхи вирішення
1	
2	
3	

По завершенні роботи кожна група презентує готову таблицю.

Перед здобувачами висувається завдання проаналізувати результати власної роботи та роботи колег, дати відповіді на питання:

– які проблеми реабілітаційної психології найактуальніші?

– перспективні шляхи вирішення основних проблем реабілітаційної психології

Викладач підкреслює, що *головними поняттями, що вживаються в галузі психологічної реабілітації є:*

Об'єкт реабілітації – людина, яка потребує на допомогу.

Суб'єкт реабілітації – одна або кілька осіб, що здійснюють реабілітацію.

Місце реабілітації – заклад, де проходить реабілітація.

Реабілітаційні заходи (послуги) – заходи (медичні, фізичні, психологічні та ін.), які надають об'єкту реабілітації суб'єкти реабілітації.

Реабілітаційний ланцюжок включає стаціонарне лікування → працетерапію в клінічних умовах → проміжні форми перебування та лікування → підприємства

для осіб з тими або іншими порушеннями.

Соціотерапія – соціальна активність об'єкта реабілітації в лікарняному середовищі.

Завдання реабілітаційної психології:

- ефективна організація реабілітаційного процесу особистості (групи);
- визначення етапів і послідовності надання психологічної допомоги особистості чи цільовій групі відповідно до специфіки їхнього травматичного досвіду;
- добір оптимальних для особистості (групи) психологічних реабілітаційних заходів;
- організація та здійснення супервізійних заходів надавачам психологічних послуг тощо.

3. Стосовно третього запитання здобувачі повинні проаналізувати *фази реабілітаційного процесу*

Існує 4 фази реабілітаційного процесу:

1. Гостра фаза з акцентом на заходах медичної реабілітації.

Завдання: психодіагностика, психологічна та психотерапевтична бесіди (наприклад, для послаблення депресивних реакцій, або для мотивації клієнта до активного пошуку можливих рішень);

2. Фаза підготовки до реабілітації та пошуку форм реабілітації (інтерв'ю, планування реабілітаційних заходів, прийняття рішення щодо психотерапевтичних заходів).

Завдання: діагностика, але з умовою допомоги у плануванні подальших реабілітаційних заходів, а також прийняття рішення о необхідності підтримуючих психотерапевтичних заходів. Вибір подальшої професії.

3. Фаза власне реабілітації.

4. Завдання: полегшення процесів навчання та психічна підтримка за допомогою консультування та терапії.

4. Фаза соціальної та професійної інтеграції.

Завдання: допомога психолога знайти людині своє місце в житті.

Етапи визначення реабілітаційної програми:

1. Проведення реабілітаційно-експертної діагностики. Обстеження хворого чи інваліда та встановлення його реабілітаційного діагнозу на основі якого будеться наступна реабілітаційна програма;

2. Визначення реабілітаційного прогнозу.

3. Визначення міроприємств, технічних засобів реабілітації та послуг, які допоможуть пацієнту відновити порушені або компенсувати втрачені здібності.

4. Стосовно четвертого запитання здобувачам необхідно звернути увагу на такі *Нормативно-правові акти, які регулюють процес психологічної реабілітації:*

Про соціальні послуги (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2003, N 45, ст.358) (із змінами 2004-2017 р (Закон визначає основні організаційні та правові засади надання соціальних послуг особам, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги). – <https://xn--80aagahqwyibe8an.com/ukrajiny-zakony/zakon-ukrajini-pro-sotsialni-poslugividomosti->

2003-1017.html

Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні (Назва Закону зі змінами, внесеними згідно із Законом N 2249-VIII (2249-19) від 19.12.2017). – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>

Закон України Про освіту (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2017, № 38-39, ст.380). – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>

Про психіатричну допомогу (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 19, ст.143) (Із змінами, 2013с. – 2018 p.p.). – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>

Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей». – <https://zakon.rada.gov.ua/go/2011-12>

Закон України “Про запобігання та протидію домашньому насильству” (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 5, ст.35). – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19#n231>

Також до правових основ віднесено Постанови кабінету міністрів України та Накази міністерств України.

При наданні та організації заходів психологічної та психіатричної допомоги поліцейським-учасникам операції об’єднаних сил, фахівці керуються такими нормативно правовими документами:

Закон України Про психіатричну допомогу від 22.02.2000 № 1489-III;

Про затвердження Порядку організації системи психологічного забезпечення поліцейських, працівників Національної поліції України та курсантів (слухачів) закладів МВС України; Наказ, Порядок, Перелік від 06.02.2019 № 88;

Про затвердження Інструкції про проведення обов’язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів (Форми №№ 122-1/о, 122-2/о, 122-3/о) МОЗ України; Наказ, Інструкція від 17.01.2002 № 12;

Про затвердження Положення про діяльність медичної (військово-лікарської) комісії МВС України; Наказ, Положення, Перелік від 03.04.2017 № 285;

Про затвердження Порядку пільгового реабілітаційного, санаторно-курортного лікування, оздоровлення та відпочинку в медичних реабілітаційних центрах, санаторіях, будинках відпочинку, пансіонатах та оздоровчих закладах Міністерства внутрішніх справ України поліцейських, деяких інших категорій осіб та членів їх сімей. МВС України; Наказ, Порядок, Заява від 14.12.2015 № 1568

5. Стосовно п’ятого та шостого запитань викладач пропонує об’єднатися в групи та розглянути особистісні та професійні якості реабілітаційного психолога та особливості його роботи реабілітаційного з постраждалими. Після роботи в групах, викладач пропонує обговорення напрацювань.

Викладач разом із здобувачами підводить підсумки стосовно основ реабілітаційної психології.

Література:

Основна: 3,4,6,8

Допоміжна: 2,6,8,9

Інформаційні ресурси в інтернеті 1-6

Тема № 2. Характеристика психотравмівних та кризових ситуацій.

Семінарське заняття №1. Характеристика психотравмівних та кризових ситуацій.

Навчальна мета заняття: визначити рівень засвоєння матеріалу з даної теми, рівень сформованості уявлень про види, характеристики та наслідки психотравмівних та кризових ситуацій.

Час проведення – 2 години

Навчальні питання:

1. Поняття травмуючої ситуації. Її ознаки та різновиди. Екстремальні ситуації та їх класифікація.
2. Поняття про психічну травму. Типологія травмівних подій.
3. «Монотравма», «Мультитравма», «Політравма» та їх особливості.

Методичні вказівки

1. При підготовки до відповіді на *перше запитання* доцільно звернути увагу на складність вивчення травмуючих ситуацій. Так Л. В. Трубіцина (2005), розглядаючи проблеми, пов'язані з процесом травми, виокремлює такі травмуючі ситуації: військові дії, природні катаклізми, екологічні та техногенні катастрофи, пожежі, терористичні акти, присутність під час насильницької смерті інших, нещасні випадки, сексуальне насильство, раптова поява загрозливих життю захворювань, нападу.

Існують масштабні ситуації, що привертають увагу великої кількості фахівців, однак мають місце і такі травмуючі ситуації, які з різних причин перебувають поза межами уваги фахівців. Головною причиною таких фактів є “немасовість” ситуацій, коли суб’єктом взаємодії з іншими травмуючими умовами виступає одна людина, а сама подія має індивідуальний характер. У психологічних дослідженнях виділяється ще одне поняття, приналежне до цієї проблеми. Це *надзвичайна (екстремальна) ситуація*, яка визначається як обставини на певній території, що склалися внаслідок аварії, небезпечного природного явища, катастрофи, стихійного чи іншого лиха, які можуть спричинити за собою людські жертви, шкоду здоров’ю людей або навколишньому середовищу, значні матеріальні втрати та порушення умов життєдіяльності людей.

Екстремальні ситуації можуть класифікуватися за такими ознаками:

- за ступенем раптовості: раптові (непрогнозовані) та очікувані (прогнозовані). Легше прогнозувати соціальну, політичну, економічну ситуацію, складніше — стихійні лиха. Своєчасне прогнозування ЕС і правильні дії дають можливість уникнути значних втрат і в окремих випадках запобігти ЕС;
- за швидкістю розповсюдження: ЕС можуть бути вибухового, стрімкого, що швидко поширюється, або помірною, плавного характеру. До стрімких найчастіше належить більшість військових конфліктів, техногенних аварій, стихійних лих. Відносно плавно розвиваються ситуації екологічного характеру;
- за масштабом розповсюдження: локальні, місцеві, територіальні, регіональні, федеральні, трансграничні. До локальних, місцевих і територіальних зараховують ЕС, що не виходять за межі одного функціонального підрозділу, виробництва, населеного пункту. Регіональні, федеральні й трансграничні ЕС охоплюють цілі регіони, держави або кілька держав;

- за тривалістю дії: можуть мати короткочасний характер або затяжну течію. Всі ЕС, в результаті яких відбувається забруднення навколишнього середовища, є затяжними;

- за характером: навмисні та ненавмисні. До перших належить більшість національних, соціальних і військових конфліктів, терористичні акти тощо.

Стихійні лиха за характером свого походження є ненавмисними, ця група охоплює також більшість техногенних аварій і катастроф. Існують ще деякі види ситуацій, що лежать у площині аналізу їх екстремальності.

Викладач пропонує групову дискусію стосовно визначення основних рис травмуючих ситуацій, до яких віднесено:

- вона є новою реальністю для людини і принципово відрізняється від повсякденних умов;

- висуває перед людиною проблему екзистенціальної дилеми життя і смерті та впливає на картину світу особистості і переживання фундаментальної невразливості;

- характеризується подвійністю, оскільки, з одного боку, несе загрозу, небезпеку, руйнування для особистості, а з другого — апелює до стійкості, мужності, має можливості для конструктивних змін;

- руйнує цілісність життєвого світу людини, поділяючи її на життя до ситуації, що сталася, часовий відрізок, пов'язаний з безпосереднім впливом екстремальних факторів, та життя після;

- під її впливом особистість людини трансформується, можлива фрагментація самоідентичності;

- під час неї утруднюються реалізація прогнозу подальших подій та розуміння подій, що відбуваються;

- обмежує здійснення самореалізації особистості та ускладнює можливості в задоволенні потреб;

- обмежує можливості активного впливу на неї людини, але при цьому відкриває нові способи активності;

- детермінує роботу з пошуку сенсу того, що відбувається;

- супроводжується появою тріадичної структури “розлад — адаптація — розвиток”.

Жертви стихійних лих та катастроф страждають від факторів, викликаних екстремальною ситуацією (Everstine, 1993):

1. Раптовість.
2. Відсутність подібного досвіду.
3. Тривалість.
4. Недолік контролю.
5. Горе і втрата.
6. Постійні зміни.
7. Експозиція смерті.
8. Моральна невпевненість.
9. Поведінка під час події.
10. Масштаб руйнувань.

2. При підготовки до відповіді на друге запитання доцільно звернути увагу на те що, питання психотравми як відносно самостійного психічного і психологічного феномену вивчали такі дослідники, як Б. Колодзін, Д. Калшед, П. Левін, Дженей і Баррі Уайнхолд, Е. Фредерик, Л. Бурбо, Н. Пезешкіан, А. Єрмошин, Н. Тарабріна та ін. В Україні інтерес до цієї проблеми різко зріс після 2013 року: з'явилася низка зарубіжних публікацій, в яких систематизовано найновіший досвід подолання наслідків психотравми; зросла кількість робіт вітчизняних дослідників, серед яких публікації О. Романчука, З. Кісарчук, Т. Титаренко, В. Климчука, П. Горностає, А. Карачевського, Г. Лазос, Я. Омельченко, Л. Гребінь, Н. Журавльової, О. Вознесенської, М. Сидоркіної, В. Горбунової та ін.

У різних джерелах по-різному тлумачиться поняття «психотравма». Виділяють «психічну» і «психологічну» травми. За умови психічної травми спостерігаються помітні порушення нормального функціонування психіки. А якщо це травма психологічна, то таких порушень не буде, проте суттєво зміняться базові переконання і цінності людини. Часто визначення терміна «психотравма» (як синонім у літературі вживається ще й термін «травмівний стрес») схожі на визначення стресу (подія, що несе додаткове навантаження на людину):

а) психотравма – незвичайна подія, яка здатна спричинити важкий психологічний стрес, що супроводжується почуттям жаху, страху та безпорадності;

б) психотравма – це зовнішні подразники, що діють на індивіда болісно й патогенно, викликають переживання і страждання.

Травмівна подія характеризується раптовістю, руйнівною силою, інтенсивністю; часто пов'язана з фактом або загрозою смерті, серйозного тілесного ушкодження чи сексуального насильства; несе людині абсолютно нову інформацію, яку необхідно інтегрувати в попередній життєвий досвід.

Отже, у випадку травмівних подій людина «зустрічається з фізичною смертю», такі події можуть загрожувати життю чи фізичній цілісності людини: поранення, контузії, фізичне травмування; важкі медичні процедури; загибель чи смерть близьких людей, побратимів, мирного населення; картини смерті, поранень і людських страждань; суїциди і вбивства. Такі події з великою ймовірністю призведуть до психічної травми.

Ця особливість відображена у п'ятому виданні (DSM-5; Американська психіатрична асоціація [APA], 2013), де психотравма визначається як «експозиція до смерті або загрози життю, серйозного ушкодження, або сексуального насильства в один (чи більше) з таких способів:

- (1) безпосереднє переживання травмівної події (-ій);
- (2) перебування свідком подій, які трапилися з іншими;
- (3) знання того, що травмівна подія (-ії) трапилась із членом сім'ї чи близьким другом – у випадках смерті чи загрози життю члену сім'ї чи другові, якщо ця подія була насильницькою або непередбаченою;
- (4) переживання багаторазової або надмірної експозиції до нестерпних деталей травмівної події (-ій), наприклад, фахівці зі швидкого реагування, які збирають людські останки. (Експозиція – безпосереднє зіткнення з якоюсь подією

та пов'язані з цим переживання). Дослідники розглядають психотравму і як стан, і як ситуацію чи подію (психотравмівна ситуація чи психотравмівна подія).

Психотравма (як стан) – переживання невідповідності між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними можливостями їхнього подолання.

Психотравма (як ситуація/подія) – це будь-яка особисто значуща ситуація/подія, що має характер патогенного емоційного впливу на психіку людини і може, у випадку недостатності захисних психологічних механізмів, зумовити психічні розлади.

Відмінність між поняттями «подія» і «ситуація» полягає в тому, що коли йдеться про ситуацію, то розглядають взаємовплив особистості й середовища, і провідна роль тут відводиться суб'єктивним чинникам: переживанню і розумінню ситуації людиною, ставлення до неї, а в події зауважують насамперед зовнішні чинники. Подія:

- те, що відбувалося або відбулося, сталося;
- явище, факт суспільного або особистого життя;
- сукупність пов'язаних між собою явищ, фактів суспільного життя (зазвичай, важливих, значних), які є ніби єдиним цілим;
- те, що порушує усталений, звичний хід життя;
- щось важливе, видатне;
- що-небудь непередбачене, несподіване; пригода.

3. Готуючись до відповіді на третє запитання, викладач пропонує організувати роботу в групах для з'ясування особливостей та характеристик «Монотравми», «Мультитравми», «Політравми». Після 5 хвилинної підготовки групи презентують свої напрацювання, спираючись на такий матеріал:

- найважливіші характеристики травмівної події: несподівана, неочікувана, приголомшлива. Така подія виходить за межі звичайного досвіду людини (аварія, пожежа, одиничний епізод насильства, раптова втрата близької людини тощо).

- зазвичай, таку травмівну подію називають *монотравмою* на відміну від *мультитравми*, коли одночасно людина піддається впливу кількох травмівних подій (наприклад, у зоні воєнного конфлікту – отримана контузія від вибуху, і від цього ж вибуху загинув товариш).

- близькими до поняття мультитравма є поняття *політравма* (множинна, поєднана, комбінована травма).

- політравми характеризуються такими особливостями: синдромом взаємного обтяження; поєднання травм утруднює терапевтичний процес; частіше розвиваються супутні розлади та важкі ускладнення; спостерігається нечіткість симптоматики, що спричиняє діагностичні помилки.

- наслідки політравми/мультитравми (кількох травмівних подій, що діють одночасно або через короткий час) завжди будуть важчі, ніж наслідки монотравми (однієї травмівної події).

Література:

Основна: 3,4,6,8

Допоміжна: 2,6,8,9

Інформаційні ресурси в інтернеті 3-5

Семінарське заняття №2. Характеристика психотравмівних та кризових ситуацій.

Навчальна мета заняття: визначити рівень засвоєння матеріалу з даної теми, рівень сформованості уявлень про види, характеристики та наслідки психотравмівних та кризових ситуацій.

Час проведення – 2 години

Навчальні питання:

1. Життєві ситуації особистості. Типи життєвих ситуацій відповідно рівня їхньої суб'єктивної складності та впливу на психічне здоров'я.
2. Колективна травма та її особливості. Психологічні наслідки колективної травми.
3. Види дитячих травм.

Методичні вказівки

1. При підготовки до відповіді на перше запитання необхідно звернути увагу на те що, *Життєва ситуація особистості* – це сукупність обставин життєдіяльності, які безпосередньо або опосередковано впливають на поведінку людини, її стан і внутрішній світ, зумовлюючи зміст та напрям індивідуального розвитку.

На переживання ситуації чи події впливають особистісні характеристики людини. Зокрема, здатність адаптуватися до ситуації, що визначається підготовкою (професійною); попереднім досвідом перебування в складних ситуаціях і досвідом позитивного розв'язання проблем пов'язаних із цим перебуванням; стресостійкість та психологічна пружність. Проблеми з адаптацією виражаються в неадекватному реагуванні на те, що відбувається – агресивності, дратівливості чи тривожності, апатії, відчуженості тощо; зловживанні психоактивними речовинами для зняття емоційного напруження тощо.

Особистісні характеристики, що залежать від історії попереднього життя людини :

- наявність у минулому психічних розладів чи схильності до таких; проблеми з фізичним здоров'ям;
- зловживання потерпілого чи його батьків психоактивними речовинами;
- особистий досвід (чи відсутність) перебування в екстремальних ситуаціях;
- досвід позитивного розв'язання проблем і недостатня готовність/підготовка (брак необхідних знань, умінь та навичок);
- численні психічні травми в минулому, зокрема травми розвитку (від зачаття до 7 років) тощо.

Виділяють чотири типи життєвих ситуацій відповідно рівня їхньої суб'єктивної складності та впливу на психічне здоров'я.

1. *Комфортні ситуації,*
2. *Проблемні, повсякденно-життєві ситуації..*
3. *Важкі ситуації (екстремальні, надзвичайні)* Виділяють чотири типи важких життєвих ситуацій: *стрес, фрустрація, конфлікт і криза.*

Стрес (англ. stress – напруження) – неспецифічна реакція організму на ситуацію (емоційний стрес – захисна реакція організму спрямована на захист від

впливу психічних чинників, що викликають сильні емоції).

Фрустрація (лат. frustratio – обман, марне очікування, розлад) – стан, спричинений великою вмотивованістю для досягнення мети та задоволення потреб і перепорою, що перешкоджає досягнення бажаного.

Конфлікт (лат. conflictus — сутичка) – особливо гострий, такий, що виходить за межі правил і норм, спосіб розв’язання суперечностей в інтересах, цілях, поглядах.

Криза – це:

а) «повний небезпеки шанс», надзвичайна загрозна ситуація, в якій необхідно діяти;

б) поворотний пункт життєвого шляху, що виникає в ситуації неможливості реалізувати намічений життєвий задум;

в) вкрай складна, важка та небезпечна ситуація, що «породжує дефіцит смислу в подальшому житті людини», коли неможливо реалізувати свої прагнення, мотиви, мету і цінності – все те, що може бути викликане внутрішньою необхідністю;

г) стан, породжений проблемою, якої не можна уникнути і яку не можливо розв’язати за короткий час і звичним способом;

д) стан, спричинений накопиченням нерозв’язаних життєво важливих проблем, суперечностей або подій, що призводить до втрати сенсу попереднього стилю життя, поведінки й діяльності. Кризовими можуть стати ситуації фрустрації, конфлікту.

4. *Гіперекстремальні ситуації*, пов’язані з навантаженнями, що перевищують адаптаційно-компенсаторні можливості психіки й організму та супроводжуються руйнуванням психічного здоров’я. Гіперекстремальні ситуації завжди травмивні для кожного, хто їх переживає. А екстремальні (важкі) та надзвичайні можуть такими стати залежно від особистісної готовності, рівня підготовки та психічного здоров’я людини.

Поняття «екстремальна» і «надзвичайна» ситуація часто вживаються як синонімічні. У психологічній літературі інтерес до вивчення цих ситуацій і, зокрема, питань їхньої відмінності, з’явився ще наприкінці ХХ століття, адже в цей час, як зазначено в довіднику практичного психолога «Екстремальні ситуації» «... сталася дуже багато лих і катастроф, світ буквально захлинається від епідемії терористичних актів. Проте поняття екстремальних, кризових і надзвичайних ситуацій ще не отримали вичерпного визначення».

Сукупність надзвичайних і екстремальних ситуацій називають небезпечними ситуаціями. У цих поняттях багато спільного, проте є і суттєві відмінності, на які треба зважати, організовуючи психологічний супровід. Слово «надзвичайний» тлумачиться як «винятковий, дуже великий, що перевершує все».

Надзвичайна ситуація – це обстановка на певній території, яка склалася в результаті аварії, небезпечного природного явища, катастрофи, стихійного або іншого лиха, що може призвести до людських жертв, шкоди здоров’ю людей або довкіллю, до значних матеріальних втрат і порушень умов життєдіяльності людей. Надзвичайні ситуації – це масштабні небезпечні та екстремальні ситуації, що загрожують тяжкими наслідками.

Екстремальна ситуація (від лат. *extremus* – крайній) тлумачиться як сукупність умов і обставин, що виходять за рамки звичайних, які ускладнюють або роблять неможливою життєдіяльність індивідів або соціальних груп. Екстремальні ситуації – це особливо складні небезпечні ситуації, коли збігаються кілька несприятливих для людини умов і чинники ризику. Екстремальні ситуації, зазвичай, вимагають для захисту життя і здоров'я людини напруження всіх її фізичних і духовних сил.

За масштабами надзвичайні та екстремальні ситуації поділяють на:

- загальнодержавні;
- регіональні;
- місцеві;
- об'єктові.

2. Готуючись до відповіді на друге запитання необхідно звернути увагу на те, що психотравми в умовах надзвичайних та екстремальних ситуацій називають колективними.

Колективна травма – це психічна травма, яку отримала група людей будь-якого розміру, аж до цілого суспільства, внаслідок соціальної, техногенної чи екологічної катастрофи або злочинних дій політичних чи інших соціальних суб'єктів. Причини колективних травм:

- війни;
- геноцид у різних виявах (в Україні це Голодомор);
- катастрофи (техногенні та гуманітарні);
- стихійні лиха (екологічні катастрофи);
- соціальні революції і перевороти (державні та військові);
- депортація або вигнання великих груп людей (наприклад, за етнічною чи релігійною ознакою);
- обмеження свободи великих груп людей (концтабори, рабство);
- політичні, релігійні та інші репресії;
- терористичні акти, що викликали суспільний резонанс;
- вбивство або трагічна загибель суспільних лідерів чи кумирів.

Особливості колективної травми:

- 1) не обмежена в просторі;
- 2) розтягнутість у часі
- 3) жертви колективної травми не окремі люди, а соціальні групи, що стали об'єктами травматизації;

4) травмованою себе відчуває вся група, навіть ті, кого особисто не торкнулася трагедія;

5) тривалий характер.

Рівень травмованості поглиблюється, якщо:

- група переживає несправедливість того, що сталося;
- були невинні загиблі;
- причинами травмування стали свідомі чи навмисні дії людей (страта, катування, вигнання тощо);
- жертва не може чинити опору (загибель на полі бою не така травмівна для суспільства, як насильницька смерть у концтаборі).

Психологічні наслідки колективної травми: соціальна фрустрація; зростання психологічних проблем; посттравмівні стресові та супутні розлади; зростання соматичних хвороб; групоцентризм, схильність ідеалізувати власну соціальну групу та бачити образ ворога в представниках інших груп, особливо тих, хто відповідає за травмування.

3. Готуючись до відповіді на третє запитання викладач пропонує слухачам звернути увагу на те, що загальноприйнятої класифікації психічних травм у науці поки не існує, однак існують різні варіанти. Насамперед виділяють дитячі травми, які здійснюють сильний патогізований вплив на психіку та розвиток дитини у зв'язку з її неможливістю відповідно зреагувати на травмуючу подію.

Види дитячих травм:

1. Травма “покинутості”
2. Травма “відкидання” виникає з “холодною” або “мертвою” матір'ю
3. Травма “позбавлення”.
4. Травма “зради”
5. Травма сексуальної спокуси
6. Травма “насильства”
7. Травми “приниження” або нарцисичні травми

Література:

Основна: 3,4,6,8

Допоміжна: 2,6,8,9

Інформаційні ресурси в інтернеті 3-5

Тема № 3. Діагностичний інструментарій у реабілітаційному процесі.

Семінарське заняття. Діагностичний інструментарій у реабілітаційному процесі.

Навчальна мета заняття: визначити рівень засвоєння матеріалу з даної теми, рівень сформованості уявлень про особливості застосування психодіагностичного інструментарію у процесі реабілітації

Час проведення – 2 години

Навчальні питання:

1. Базові принципи психодіагностики постраждалих осіб.
2. Психодіагностика осіб, що пережили травмівну подію.
3. Особливості посткризової психологічної діагностики дітей.
4. Характеристика методів психологічної реабілітації.

Методичні вказівки

3. При підготовки до семінарського заняття перше питання доцільно звернути увагу на особливості таких принципів психодіагностики постраждалих осіб:

1. принцип безпеки.
2. принцип зацікавленості.
3. принцип мінімізації травми.
4. принцип відповідальності.
5. принцип конфіденційності.

6. принцип професіоналізму і професійної відповідальності..

7. принцип достатнього мінімуму.

8. принцип чіткого розуміння меж професійної компетентності.

Чого не можна робити під час психодіагностики:

- проводити психодіагностичне дослідження особи, що перебуває в стані інтоксикації. В такому випадку фахівець має забезпечити відповідну допомогу клієнтові й виявити свою готовність поспілкуватися, коли він буде дієздатним;
- змушувати людину розповідати, що з нею відбулося;
- ставити запитання особистого характеру;
- говорити про те, що людина має відчувати або як вона, на вашу думку, повинна була діяти.

4. Стосовно підготовки до відповіді на друге запитання необхідно звернути увагу на

Одним із наслідків воєнних конфліктів можуть бути різноманітні порушення психічного здоров'я населення. Найчастішою формою психічних порушень в осіб, що пережили небезпечні для життя ситуації, є посттравматичні стресові розлади (ПТСР), які з часом можуть стати більш вираженими або/та раптово виявитися на тлі загального благополуччя.

Особливості (зокрема, зміст й обсяг методик) психодіагностичного обстеження визначаються завданням обстеження: проведення скринінгових процедур; встановлення діагнозу (оцінювання симптомів, синдромів); диференціальна психодіагностика; оцінка відповіді на попередні психологічні впливи; визначення мішені психокорекції/психотерапії і ресурсів особистості тощо.

Одним із перших кроків посткризової психодіагностики є проведення скринінгу. Скринінг (відбір, сортування) – у медицині система первинного обстеження груп клінічно безсимптомних осіб із метою встановлення наявності чи відсутності певного захворювання. Зауважимо, що, як правило, скринінговий тест не є інструментом діагностики, а лише дає змогу виявити осіб з високим ризиком наявності відповідного розладу.

Основна мета скринінгових процедур у посткризовій діагностиці – визначити актуальний психологічний і медичний стан, виявити тих, хто перебуває у стадії стресу. Тобто, є медичний (виокремлюють тих осіб, у яких зафіксовано серйозні інфекційні захворювання) і психологічний блок (короткі скринінгові опитувальники ПТСР).

В Україні лікарям рекомендовано проводити скринінг (на наявність психологічних причин соматичних захворювань) для тих осіб, що звертаються до закладів першої медичної допомоги з повторюваними неспецифічними проблемами з фізичним здоров'ям. Рекомендовано також проводити оцінювання наявності ПТСР в осіб:

- а) з групи підвищеного ризику (військовослужбовці, ветерани, переселенці, біженці, люди, які постраждали внаслідок травмивної події);
- б) з поведінкою, що свідчить про наявність симптомів ПТСР;
- в) з ознаками тривалих/поточних утруднень або психологічного виснаження (наприклад, під час ротацій військовослужбовців).

Найкращий варіант – організація скринінгу для всіх, хто пережив травмівну подію (учасників бойових дій, переселенців, біженців, звільнених з полону тощо).

Скринінгові інструменти є частиною **переддіагностичного обстеження**, основна мета якого: виявлення осіб, що потребують допомоги. Зауважмо, що скринінговий тест лише дає змогу виявити людей з високим ризиком відповідного розладу.

Скринінгові опитувальники ПТСР спрямовані на виявлення:

- основних симптомів ПТСР;
- типу травмівної події, яку пережила особа (ступінь розвитку цього розладу та рівень переживання часто залежать від тривалості та інтенсивності травмівного досвіду);
- оцінювання впливу травмівної події на людину (наскільки глибоко вона її переживає).

Іноді переддіагностичне обстеження проводять і у формі бесіди (інтерв'ю), під час якої виявляють наявність чи відсутність ознак посттравматичних розладів. Для цього можна використовувати «Формалізоване психодіагностичне інтерв'ю з комбатантами для діагностики ймовірності ПТСР».

Далі описано процедури скринінгу, скерування до психолога, психотерапевта чи психіатра та подальше психологічне обстеження.

1. Для виявлення основних симптомів ПТСР можна використовувати один із таких опитувальників:

стандартизований «Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу», що складається із семи питань ;

«Контрольний перелік питань для оцінки ПТСР (PCL-5)»;

«Шкала самооцінки наявності ПТСР (PCL-C) – цивільна версія» і «Шкала самооцінки наявності ПТСР (PCL-M) – військова версія».

2. Для виявлення типу травмівної події, яку пережила людина, можна застосовувати: «Контрольний перелік життєвих подій (LEC)».

3. Визначити вплив пережитої події на особу можна за допомогою «Шкали оцінювання впливу травмівної події (IES-R).

4. Якщо після підрахунку балів результати тестів вказують на ймовірність ПТСР, необхідно:

- поінформувати клієнта про те, що виявлені в нього зміни можуть бути реакцією на стрес. А це потребує подальшого психологічного дослідження;

- скерувати клієнта для уточнення діагнозу до психолога.

5. Психолог проводить подальше психологічне обстеження, його задачами є:

- уточнення діагнозу;
- оцінювання клієнтів із ПТСР з позиції безпеки/небезпеки для себе та інших (скринінг суїцидального мислення): наявність суїцидальних думок, спроб самогубства, агресивної поведінки, факту попереднього лікування психічних розладів та адиктивної поведінки тощо;

- виявлення постраждалих, що потребують обов'язкової консультації психотерапевта, лікаря-психіатра, нарколога чи інших фахівців; скерування до

відповідного фахівця для проходження повного психологічного обстеження й отримання рекомендацій щодо лікування.

1. Розв'язання першої задачі – уточнення діагнозу. Якщо після проведення скринінгових тестів було виявлено симптоми ПТСР, необхідно провести глибоке вивчення цих симптомів за допомогою «Контрольного переліку питань для оцінювання ПТСР (PCL-5)».

В ідеалі – для подальшої роботи з постраждалими, треба ретельно оцінити «історію» психотравми, сімейного стану, рівня соціального функціонування, професійної працездатності та якості життя.

2. Для розв'язання другої задачі можна застосовувати «Опитувальник ризику суїциду» «Опитувальник рівня агресивності (А. Басса-М. Перрі)». Зауважмо, що самогубство (свідоме позбавлення себе життя) належить до найбільших небезпек. Тому доцільно застосовувати опитувальник ризику суїциду навіть у разі мінімальної підозри щодо такої можливості.

3. Окрім проблем, безпосередньо спричинених симптомами ПТСР,. Щоб виявити наявність супутніх розладів (що дає можливість розв'язати третю задачу) рекомендується застосовувати відповідний психодіагностичний інструментарій:

- «Опитувальник Бека для оцінювання депресії (BDI)» чи «Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9)» – для діагностики можливого депресивного розладу;
- щоб визначити рівень зловживання алкоголем, можна застосовувати такі опитувальники: «Тест для визначення зловживання алкоголем AUDIT» або «Опитувальник для визначення зловживання алкоголем «CAGE»;
- «Тест на наркотичну та алкогольну залежність (Хелпер)» для визначення наркотичної та алкогольної залежності.

Основні тести: «Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу (для військових та ветеранів бойових дій)»; «Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу (для цивільних)»; «Шкала оцінювання впливу травмивної події (IES-R)». Всі названі тести є серед методик психодіагностики за Уніфікованим клінічним протоколом, затвердженим в Україні.

Уточнювальні тести: «Опитувальник перитравматичної дисоціації»; «опитувальник Бека для оцінювання депресії (BDI)»; «Опитувальник ризику суїциду»; «Тест на наркотичну і алкогольну залежність (Хелпер)». З різними розладами адаптації (що їх фіксує Місісіпська шкала ПТСР) психологи можуть працювати, якщо уточнювальні тести показують помірний рівень травмування. Якщо ж розлади адаптації проходять на тлі більш вираженого психологічного травмування та депресії, то долучатися має психотерапевт, а то і психіатр.

5. Готуючись до відповіді на третє запитання доцільно звернути увагу на таку інформацію:

Більшість чинників ризику, що роблять дитину більш схильною до розвитку ПТСР, не відрізняються від чинників ризику дорослих.

Основні види подій, які можуть нанести психологічну травму дитині:

- війна як така та вимушене переселення як її наслідок, терористичні акти, важка природна або техногенна катастрофа з багатьма жертвами;

- природні катаклізми без катастрофічних наслідків (землетрус, цунамі, пожежа, велика повінь);
- смерть близької людини в родині;
- сексуальне або фізичне насильство;
- розлучення батьків;
- важка хвороба;
- перебування без батьків у лікарні тощо.

У дослідженні подій використовують запитання на кшталт:

- Що ти відчув (ла), коли той чоловік підійшов до тебе?..
- А коли він тебе схопив?....
- Яким ти його бачив (ла) в той момент, коли він...?
- Як ти себе почував (ла), коли він утікав....?
- А як зараз відчуваєшся, коли згадуєш ті події? Тощо. (Рухаємося від травмівної події до теперішнього часу.)
- Що ти відчуваєш, коли я запитую про ті події, покажи будь ласка?
- Бачу, що для тебе це..., а що ти відчував (ла) тоді, коли це трапилося? (Рухаємося від теперішнього часу до глибини конкретної травми).

У дослідженні образу людей питання можуть бути такими:

- Якою (яким) ти себе бачиш? А коли в тебе гарний настрій як ти відчуваєшся? А коли поганий? тощо
- Як ти відчуваєш свою маму (тата, брата, друга тощо)?
- А який він, коли в неї (нього) хороший настрій?
- А коли – поганий настрій?..
- Якби ти себе почувала (почував), якби тато не пив (не сварився, не покинув вас) тощо?

В емоційній сфері про розлад сигналізують:

- поява страхів як першої реакції на пережитий стрес. Ці страхи спричинені потребою уникнути повторного переживання загрозової події. Наприклад, дитині страшно виходити з будинку, залишатися на самоті або перебувати в замкненому просторі;
- поява специфічних фобій. Наприклад, дитина (навіть підліток) панічно боїться розлучатися з близькими, спати одна в кімнаті, бути в темряві тощо;
- поява відчуття провини за те, що трапилося. Особливо це характерно для старших дошкільнят та молодших школярів. Діти цього віку ще залишаються егоцентристами, а тому вважають, що «все погане сталося через мене, бо я був поганим», і думають, що хвилювання і страхи батьків спричинені їхньою поведінкою.

На когнітивному рівні ПТСР у дітей виявляється у:

- погіршенні концентрації уваги: діти стають неуважними;
- порушенні пам'яті: діти все забувають, їм важко згадувати минуле, особливо інформацію травмівного чи стресового характеру;
- втраті уже сформованих когнітивних навичок;
- порушеннях сприйняття навколишнього середовища: сприйняття стає хаотичним, уривчастим, вирізняється плутаниною;
- появі думок про смерть.

На поведінковому рівні ПТСР у дітей виявляється у:

- різких змінах поведінки.;
- регресі в поведінці.;
- посиленні агресивності, гнівливості, впертості.

Особливості психологічної діагностики дітей щодо наявності посттравматичного розладу:

а) при обстеженні дітей і підлітків обов'язково необхідно вивчити вплив на них потенційно травмівних подій.

б) якщо такий вплив виявлено, дитину треба обстежити на наявність симптомів ПТСР.

в) поінформувати батьків (чи опікунів) про можливість розвитку ПТСР, коротко описати можливі симптоми (наприклад, проблеми зі сном, нічні жахи, труднощі концентрації і дратівливість).

г) суперечлива вимога: бажано психологічну діагностику дітей (особливо до 6–7 років) проводити в присутності їхніх батьків (адже діти залежні від дорослих, тож важливо заручитися їхньою підтримкою).

д) потрібно пам'ятати, якщо травмівна подія стосується родини, то її наслідки поширюються на всіх членів сім'ї.

е) не можна робити висновку (зокрема, і про симптоми дитини) лише на основі інформації, одержаної від батьків чи опікуна.

4. Готуючись до відповіді на четверте запитання необхідно звернути увагу на :

Клініко - психологічні втручання в цілях реабілітації, перш за все, направлені на відновлення (збереження) особового і соціального статусу хворого.

Функції клініко - психологічних інтервенцій полягають в профілактиці, лікуванні, реабілітації і розвитку. Схожих поглядів відносно функцій або цілей клініко - психологічних інтервенцій дотримуються Шмідхен і Бастін.

Вони виділяють три цілі психологічної інтервенції в клініці відповідно до різних фаз психічних розладів: **профілактика, терапія і реабілітація.**

Психологічні втручання. Психологія і медицина застосовують різні види втручань (інтервенцій). М. Перре та У. Бауманн підрозділяють всі види інтервенцій, використовуваних в медицині, на чотири групи:

- медикаментозні (фармакотерапія),
- хірургічні (хірургія),
- фізичні (фізіотерапія) і
- психологічні (психотерапія).

Метою психологічної реабілітації є зміненні відношення хворого до психотравмуючої ситуації і виробленні нової форми поведінки. Психологічні інтервенції, у свою чергу, поділяються на педагого - психологічні (педагогічна психологія); трудові і організаційно-психологічні (психологія праці і організаційна психологія) і клініко - психологічні (клінічна психологія).

Методи клініко - психологічних інтервенцій — це психологічні засоби, які обирає психолог. Типовими психологічними засобами є **бесіда, вправи або міжособові взаємини як чинник впливу і дії.**

Основні напрями психотерапії.

Психодинамічний напрям в психотерапії.

Поведінковий напрям в психотерапії

Екзистенціально – гуманістичний напрям

Основні види терапії: індивідуальна, групова і сімейна терапія.

Всі методи групової психотерапії умовно підрозділяють на: основні і допоміжні, вербальні і невербальні. Ділення на вербальні і невербальні методи засноване на переважаючому виді комунікації і характері отримуваного матеріалу.

*До вербальних методів відносять **групову дискусію і психодраму**, до невербальних — **психогімнастику, проектний малюнок і музикотерапію**.*

Література:

Основна: 3,4,6,8

Допоміжна: 2,6,8,9

Інформаційні ресурси в інтернеті 3-5

Тема № 4 Соціально-психологічна реабілітація психічних хворих Семінарське заняття. Соціально-психологічна реабілітація психічних хворих

Навчальна мета заняття: визначити рівень засвоєння матеріалу з даної теми, рівень сформованості уявлень про особливості соціально-психологічної реабілітації психічних хворих

Час проведення – 2 години

Навчальні питання:

1. Завдання реабілітації психічно хворих. Сучасні концепції реабілітації в психіатрії.

2. Невротичні реакції, неврози, невротичний розвиток.

3. Поняття про депресії, види депресій.

4. Особливості реабілітації хворих на психічні захворювання.

5. Неврози та депресії у дітей і підлітків та особливості їх реабілітації.

Методичні вказівки

1. При підготовки до відповіді на перше запитання доцільно звернути увагу на те, що згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), **психосоціальна реабілітація** – це процес, який дає можливість людям зі слабким здоров'ям або особам, що отримали інвалідність у результаті психічних розладів, досягти свого оптимального рівня незалежного функціонування у суспільстві. Заходи з психосоціальної реабілітації змінюються залежно від потреб пацієнтів, місця, де відбувається реабілітаційний вплив (суспільство чи медичний заклад), а також від культурних та соціально-економічних умов держави, де проживають хворі. Основу таких заходів, як правило, складають:

- трудова реабілітація;
- працевлаштування;
- професійна підготовка та перепідготовка;
- соціальна підтримка;
- забезпечення житлових умов;
- освіта;

- психіатрична та психологічна просвіта, навчання тому, як справлятися з симптомами, підвищення загального психологічно-культурного рівня, набуття навичок відновлення та збереження психічного здоров'я;

- набуття та відновлення навичок спілкування;

- набуття навичок незалежного життя;

- реалізація духовних потреб, інтересів та організація дозвілля.

Таким чином, вищенаведений перелік заходів свідчить, що **психосоціальна реабілітація** – процес комплексний і спрямований на відновлення та розвиток різних сфер життєдіяльності людини

В історії реабілітації психічно хворих осіб можна виділити ряд важливих моментів, що зіграли суттєву роль в її розвитку.

1. *Ера моральної терапії (moral therapy)*. Цей реабілітаційний підхід, що отримав розвиток в кінці XVIII – початку XIX ст., полягав у забезпеченні хворих більш гуманною допомогою. Основні принципи даного психосоціального впливу зберігають своє значення і до теперішнього часу.

2. *Впровадження трудової реабілітації*. В Росії цей підхід у лікуванні психічно хворих пацієнтів почав впроваджуватися в першій третині XIX ст. і пов'язаний з діяльністю В.Ф. Саблера, С.С. Корсакова та інших прогресивних психіатрів. Наприклад, як відмічав Ю.В. Каннабих, до числа найважливіших нововведень В.Ф. Саблера 1828 р. в Преображенській лікарні в Москві належить «...облаштування городніх та рукодільних робіт...».

3. *Розвиток позалікарняної психіатрії*. Перенесення акценту в наданні психіатричної допомоги на позалікарняну службу та усвідомлення хворим того факту, що він може проходити лікування недалеко від дому, сім'ї, місця роботи, мало велике значення для відновлення психічно хворої людини. В 30-і рр. минулого сторіччя в Україні почали відкриватися психоневрологічні диспансери та створюватися напівстаціонарні форми допомоги. В 50-60-ті рр. широкий розвиток отримали психіатричні кабінети в поліклініках, центральних районних лікарнях та інших закладах загальної медичної мережі, на промислових підприємствах, у навчальних закладах, денних стаціонарах, а також інші форми допомоги, спрямовані на задоволення потреб психічнохворих.

Накопичення наукових даних та практичного досвіду про реабілітацію осіб з психічними розладами сприяло тому, що сьогодні в нашій країні поряд з комплексним лікуванням, яке включає медикаментозну та трудову терапію, фізіотерапію, культурно-просвітницькі заходи, освітні програми з психіатрії для пацієнтів, організацію дозвілля, в межах психосоціальної реабілітації отримали розвиток наступні види психосоціальних втручань:

- просвітницькі програми з психіатрії для родин хворих;

- тренінги з вироблення навичок щоденного незалежного життя: навчання приготуванню їжі, відвідування магазинів, складання сімейного бюджету, ведення домашнього господарства, користування транспортом тощо;

- тренінги з розвитку соціальних навичок: соціально придатної та впевненої поведінки, спілкування, вирішення повсякденних проблем тощо;

- тренінги з розвитку навичок управління психічним станом;

- групи само- та взаємодопомоги пацієнтам та їх родинам;

- різні види індивідуальної та групової психотерапії.

Комплексні програми психосоціальної реабілітації впроваджуються як в психіатричних службах, так і безпосередньо в суспільстві.

Важливими аспектами у відновленні функціональних можливостей пацієнтів з психічними розладами також є:

- поліпшення сімейних взаємовідносин;
- трудова діяльність (у тому числі тимчасове неповне працевлаштування);
- розширення можливостей спілкування шляхом участі у клубній діяльності та спеціальних програмах;
- соціально-економічна підтримка;
- гідні житлові умови, в тому числі їх захищені форми.

2. При підготовки до відповіді на друге запитання доцільно звернути увагу на те що, за Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), **психічне здоров'я** - це стан благополуччя, при якому людина може реалізувати свій власний потенціал. Справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно і плідно працювати, а також вносити внесок до життя свого співтовариства.

Однією з найважливіших характеристик психічного здоров'я є *відповідність, адекватність психічних реакцій силі і частоті подій оточуючого середовища, соціальним обставинам і ситуаціям.*

Існує велика група психічних розладів, що іменується в клініці як **«кордонна патологія»** (функціональна, тобто принципово оборотна психічна патологія). До цієї групи відносяться *неврози, неврозоподібні стани, деякі типи депресивних розладів, психосоматичні стани, придбані форми психопатії і ін.*

Основні види неврозів. У вітчизняній медицині звичайно виділяють три основних класичних видів неврозів: **неврастенію, невроз нав'язливих станів і істерію.**

Дане захворювання, як очевидно із самої назви, виявляється *нервовою слабкістю аж до глибокого виснаження життєвих сил людини. При ньому загострюються дрімаючі очаги інфекції, нагадують про себе холецистит, гастрит, виразкову хворобу шлунку або дванадцятипалої кишки.* Недуга є як би каталізатором, яка висвітлює соматичну патологію.

Неврастенія - невідповідність між рівнем домагань і внутрішніми ресурсами особи.

Таким чином, у більшому або меншому ступені неврастенія є егоїстичним неврозом, яку називають в літературі гордістю або гординею.

Невроз нав'язливих станів. Нав'язливими, тобто існуючими мимоволі і бажання людини, можуть бути як визначені думки, спогади, уявлення, сумніви, так і дії.

Невроз нав'язливих станів - розщеплювання особи суперечливими внутрішніми тенденціями

Істерія. У античності вважали, що істерією страждають тільки жінки. Про це захворювання писали ще Гіппократ (І сторіччя до Р. Х.) і Ібн-Сина (XXI сторіччя). У більш пізні часи займалися такі великі вчені, як Жан Шарко (1825-1893), П'єр Жане (1859-1947), Зигмунд Фрейд (1856-1959). Але повернемося до істерії, що займає цілком особливе місце серед неврозів. *Це психопатологічний*

стан може бути охарактеризований як виставляння себе напоказ.

Істерія - нездатність особи підпорядкувати реальність своїм вимогам, так само як і відмовитися від своїх вимог з урахуванням реальності.

3. *Готуючись до відповіді на третє питання необхідно звернути увагу на*

Депресія — це не просто постійне зниження настрою, песимізм та прагнення до усамітнення. Це психічний розлад, який призводить до серйозних наслідків. Хворий втрачає здатність радіти життю, йому не дається рішення важких завдань, схильний до негативних виходів з будь-якої ситуації. Але цей стан піддається корекції, депресія виліковна.

Депресія як захворювання може приймати різні форми.

- Депресивний епізод
- Періодичний депресивний розлад
- Дистимія
- Біполярна депресія I-го типу
- Біполярна депресія II-го типу
- Депресивний психотичний епізод
- Атипова депресія
- Сезонні депресивні розлади
- *Причини депресії*

Єдиного погляду серед лікарів на причини депресії не існує. Виділяють вплив спадковості, а також навколишнього середовища. Майже у половини хворих депресією є близькі родичі, які страждають на це ж захворюванням.

Причинами депресії можуть стати й зовнішні чинники.

Причиною депресії може стати й цілий ряд захворювань, таких як:

- Захворювання щитоподібної залози
- Захворювання надниркових залоз
- Пухлини головного мозку
- Інсульт
- СНІД
- Розсіяний склероз
- Хвороба Паркінсона та ін.

Розвиток захворювання може викликати неконтрольоване вживання деяких ліків, алкоголізм та наркоманія.

Ознаки та симптоми депресії

Ознаки депресії діляться на 4 групи:

1. Емоційні. Пригнічений настрій, порушення активності, зниження інтересу до життя, безсоння або гіперсомнія, психомоторне збудження або загальмованість, втома, втрата енергії, повторювані думки про смерть або самогубство, спроби самогубства, низька самооцінка, порушення концентрації уваги, складність у прийнятті рішень, безнадійність.

2. Фізіологічні. Когнітивні, психомоторні й інші типи дисфункцій, підвищена втомлюваність, зниження статевого потягу, втрата інтересу або задоволення від діяльності, яка раніше приносила радість, порушення сну, зниження або посилення апетиту, болю в тілі, закрепи.

3. Поведінкові. Занепокоєння, напруженість, нервозність, дратівливість, гнів, коливання настрою, напади смутку, плаксивості, загострення міжособистісних конфліктів, пасивність, схильність до усамітнення, відмова від колишніх захоплень, тяга до алкоголю й психотропних речовин.

4. Розумові. Неможливість зосередитися, прийняти рішення, уповільнення мислення, песимізм.

Симптоми депресії діляться на основні та додаткові.

Основними є:

- погіршення настрою без зовнішніх причин на протязі не менше двох тижнів;

- підвищена стомлюваність протягом не менше ніж місяць;

- стійка втрата інтересу від улюбленої діяльності.

- До додаткових симптомів депресії відносять:

- песимізм;

- суїцидальні думки;

- почуття пригніченості, напади страху або провини;

- падіння самооцінки;

- будь-які порушення сну й апетиту.

Наявність у пацієнта двох основних та трьох додаткових симптомів депресії дозволяє поставити відповідний діагноз.

Профілактика депресії

Лікарі радять:

- сон не менше 8 годин, обов'язково лягати до опівночі;

- дієту з достатньою кількістю жирних кислот омега-3;

- доволі динамічну фізичну активність;

- спілкування з друзями, з людьми, налаштованими позитивно;

- дуже бажане отримання психотерапевтичної допомоги;

- максимальне використання світлого часу доби, при необхідності світлотерапія.

4. Готуючись до відповіді на четверте запитання необхідно зосередитися на тому, що психосоціальна реабілітація хворих на тяжкі і хронічні психічні розлади є складним процесом, що охоплює декілька етапів. Строки її проведення здебільшого достатньо тривалі, а власне реабілітаційні заходи суворо індивідуалізовані і визначаються клінічним станом та потребами пацієнтів.

Фахівці (дипломовані та недипломовані), незалежно від ролі, посади або диплома фахівця сфери реабілітації, повинні мати необхідні навички, знання і особистісні переконання для виконання наступних **функцій**:

- встановлювати терапевтичний зв'язок з пацієнтами для налагодження тісної взаємодії;

- допомагати пацієнтам у визначенні й постановці особистих цілей реабілітації;

- допомагати хворим в оцінці їх навичок і ресурсів оточення, виходячи з кінцевої мети реабілітації;

- допомагати пацієнтам у плануванні розвитку навичок і ресурсів, які їм необхідні;

- допомагати пацієнтам опановувати нові навички, які їм необхідні;
- допомагати хворим використовувати навички, якими вони вже володіють;
- допомагати пацієнтам встановлювати зв'язки з ресурсами, які їм необхідні;
- допомагати пацієнтам змінювати ресурси оточення для посилення підтримки;

- надавати хворим постійну особисту підтримку, якої вони потребують.

Основою роботи з клієнтом ЦМСР є мультидисциплінарний підхід, на кожного фахівця, що працює з пацієнтом, покладені певні завдання та функції.

Форми роботи, що застосовуються при психосоціальній реабілітації, діляться на дві: індивідуальну й групову.

Індивідуальна робота є ефективною при відвідуванні клієнтом будь-якої майстерні, при консультуванні, а іноді й при навчанні.

Групова робота є ефективною при проведенні психоосвітніх заходів (лекцій, семінарів), психокорегуючої роботи, занять з розвитку навичок самостійного життя, арт-/музикотерапії, клубних занять, а також з метою отримання інформації та обміну нею.

До основних методів, що застосовуються у реабілітаційній роботі з психіатричними пацієнтами, відносяться усі ті, які використовують для інших категорій хворих.

- Бесіда.
- Метод спільної діяльності
- Терапія, спрямована на дотримання призначеного лікування.
- Арт-терапія.
- Когнітивно-поведінкова терапія.
- Когнітивне відновлення..
- Умовне керування.
- Консультування та підтримуюча терапія.
- Сімейні інтервенції.
- Психодинамічна терапія..
- Психоосвіта.
- Тренінг соціальних навичок.

5. *Готуючись до відповіді на п'яте запитання доцільно зосередитись на тому що психолог під час реабілітаційної роботи повинен:*

1. розмежувати функції, що порушенні після захворювання, від здорового ядра особистості;

2. виявити основні розлади психіки, які підлягають виправленню шляхом проведення психологічної та виховної роботи;

3. виявити, на які позиції якості особистості треба опиратися у роботі з хворим;

4. виявити, які засоби психологічного та виховного впливу будуть ефективними для даного хворого;

5. відстежити динаміку процесів під час психолого-педагогічно реабілітації;

6. провести протягом тривалого часу вправи не лише у відношенні окремих психічних процесів, але й усієї особистості.

Психолого - педагогічна реабілітація - це організація занять

психокорекційного характеру під час учбових занять, трудової терапії, ігрової терапії, індивідуальної та групової терапії.

Це потребує такі заходи:

1. поступове включення дітей до учбових чи загальних занять; пристосування дітей до якогось виду діяльності потребує тривалого часу
2. учбові заняття поєднують 2 аспекти: а) форма отримання знань; б) розвиток психічних процесів (уваги, мислення тощо).
3. робота над виправленням яких-небудь якостей особистості як з окремими хворими, так і з групами хворих;
4. характер проведення занять залежить від форми захворювання, від стану хворого;
5. під час занять доцільні велика частота змін діяльності та ігрових моментів.

Тактика поведінки психолога з різними дітьми:

1. гіперактивні діти:
 - час проведення уроків 30-35 хвилин, в класі 3-7 дітей;
 - використовувати вправи на розвиток уваги та учбових навичок, психастеніки: використовувати вправи на розвиток впевненості у собі; підібрати діяльність, в якій дитина має успіх;
 - включати в діяльність інших дітей;
2. істеричні діти: коли дитина демонструє будь-який протест, психолог повинен зробити вигляд, що цього він не помічає;
3. заїкуваті діти: з такими дітьми говорити повільно, спокійно, використовувати логопедичні ігри та ін.

Література:

Основна: 3,7,8

Допоміжна: 2, 5-9

Інформаційні ресурси в інтернеті : 3-5.

Тема № 5 Соціально-психологічна реабілітація соматичних хворих **Семінарське заняття. Соціально-психологічна реабілітація соматичних хворих**

Навчальна мета заняття: визначити рівень засвоєння матеріалу з даної теми, рівень сформованості уявлень про особливості соціально-психологічної реабілітації соматично хворих

Час проведення – 2 години

Навчальні питання:

1. Поняття про хронічні соматичні хвороби.
2. Особливості людей, що хворіють на хронічні соматичні хвороби.
3. Психологічна реабілітація соматичних хворих.
4. Психолого-педагогічна реабілітація соматично хворих дітей.

Методичні вказівки

1. При підготовки до відповіді на перше запитання доцільно звернути увагу на те, що біля 40% людей, що звертаються до лікарів, страждають соматичними хворобами (мігренню, алергією, розладом шлунково - кишкового тракту та ін.) -

причини яких не можна знайти навіть за допомогою високочутливих приладів. І людина ходить від лікаря до лікаря. Поки не потрапить (через 8 років!) до терапевта – психосоматика.

Соматопсихологія – розділ медичної психології, що вивчає особистість, діагностику, лікування, експертизу хворих на різні захворювання, які не відносяться до неврологічних і психічних; зокрема вивчаються хворі з психосоматичними розладами (приклад: спастичний коліт, бронхіальна астма, ревматоїдний артрит, екзема і ін.) – внутрішні захворювання, що виникли через психічні чинники.

Дані соматопсихології використовуються при безпосередньому контакті з хворим (приклад: сангвінік зменшує захворювання), їх діагностиці, експертизі. Розрізняють зв'язок соматичного і психічного:

- а). в межах норми (посинілий від злості),
- б). в області патології (недоумство: стан дезорієнтації, сплутаній свідомості моторошності і розгубленості з помірним неспокоєм).

При важких хронічних хворобах виникає безліч проблем психологічного і соціально - психологічного характеру, що вимагають використання клініко - психологічного втручання: реакція особистості на хворобу, неадекватне відношення до хвороби (недооцінка або переоцінка свого захворювання, надмірна емоційна реакція, пасивність, формування необґрунтовано широкої обмежувальної поведінки), яка може робити істотний вплив на процес лікування і реабілітації в цілому.

Як модель трансформації особистісних особливостей може розглядатися невроз з основними його стадіями. Виділяють первинні, вторинні і третинні особові утворення.

Первинні пов'язані переважно з темпераментом.

Вторинні визначаються порушеннями значущих відносин пацієнта.

Третинні є посиленням цих рис — при затяжному перебігу неврозу і невротичному розвитку — до ступеня акцентуації і психопатичних особливостей, що багато в чому визначають поведінку людини і його адаптацію.

2. Готуючись до відповіді на друге запитання бажано звернути увагу на те що, кожен хворий по-своєму важкий для лікаря. Пацієнти мають різний професійний, матеріальний, соціальний статус, відрізняються сімейним станом, життєвим досвідом, своїми психологічними труднощами.

До «важких» відносяться інтровертовані хворі, замкнуті на своєму внутрішньому психологічному світі, з труднощами вступу до контакту, що відповідають односкладово і лаконічно, опускаючи важливі для лікаря подробиці і деталі, які виявляються лише при тривалому і ретельному цілеспрямованому розпитуванні.

Літні люди з порушеннями психічної діяльності на тлі прогресуючого атеросклерозу (І70) із зниженням пам'яті, порушенням концентрації уваги, з інтелектуальним зниженням або з неадекватними емоціями, не відповідними фізичному стану (наприклад, пацієнти в стані ейфорії за наявності важкого соматичного захворювання), — всі ці хворі також бувають важкими на певних етапах лікувально-діагностичного процесу.

Найбільш складними хворими, спілкування з якими вимагає більше всього часу і терпіння, є депресивні пацієнти (F32) з високим ризиком суїцидальної поведінки, лікарі за професією і осіб з недовірливою акцентуацією характеру.

«Недовірливі хворі». Ці пацієнти постійно зайняті обдумуванням труднощів, проблем, які можуть зустрітися в майбутньому. Вони стурбовані можливими рецидивами, ускладненнями хвороби, побічними діями ліків. Оскільки вони не вірять в правильність лікування і можливість одужання, недовірлива акцентуація характеру у таких хворих погіршує прогноз будь-якого захворювання.

«Депресивні хворі». Депресія в психології описується як втрата життєвої перспективи. Плани і програми, надії і мрії про майбутнє додають сенс сьогоденню. «Депресивна блокада» може приводити до думок про суїцид.

«Передсуїцидальний синдром». Перші ознаки депресивного стану у хворого — зниження активності, ініціативи в контактах з персоналом і іншими хворими, втрата раніше значущих соціальних інтересів. Хворі перестають дивитися телевизор, читати газети, цікавитися новинами. Вони пасивно підкоряються медичному персоналу, на питання відповідають стисло і лаконічно. Для вираженого депресивного стану (F32) характерна так звана «тріада Протопопова»: тахікардія, замки, розширення зіниць. У цей період у хворих можуть виникати суїцидальні думки і суїцидальні дії.

«Лікар як хворий». Медичні знання можуть бути захистом від неправильного відношення до хвороби, невірному способу прийому ліків і можуть допомагати при індивідуальній профілактиці захворювань.

Реакції на хвороби.

Фізіологічні реакції відбуваються в усіх системах організму людини:

- серцево-судинні зміни: прискорення серцебиття, зміна кров'яного тиску, звуження або розширення судин (збліднення, або почервоніння шкіри),
- зміни дихання: затримка, уповільнення, затихання дихання,
- реакції шлункового тракту: посилення моторики шлунку, похили до блювоти, посилення перистальтики кишечника з нахилами до поносів, уповільнення моторики — з похилами до запорів.

Найчастіше зустрічаються такі прояви психосоматичних порушень.

1. Псевдоневрологічні порушення: гіпертензії, психогенний головний біль, порушення сну, запаморочення, невралгія, диспенсії.
2. Судинна дистонія.
3. Функціональні порушення роботи серця: кардіалгії, порушення ритму серцебиття, ішемічна хвороба серця, кардіофобія.
4. Псевдоревматизм.
5. Порушення глибини та ритму дихання.
6. Абдомінальні синдроми: порушення апетиту, нудота та блювання, абдомінальні болі, канцерофобія.
7. Урологічні прояви: дизурія, нічний та денний енурез, цисталгія.
8. Шкіряні прояви: зудіння, кропивниця, нейродерміт, екзематозні прояви та ін.

3. Готуючись до відповіді на третє запитання необхідно проаналізувати особливості психологічної реабілітації соматичних хворих.

Методи психокорекційної роботи із соматичними хворими: сугестія; у хірургії, онкології - гіпноз (при фантомних болях); психодинамічний підхід; читання спеціальної літератури; використання вправ йоги; лікування за допомогою фантазії; метод Куе; сміхотерапія; виправлення своїх думок (з патогенного на саногенне мислення, за Ю. Орловим); настрій (за Г. Ситіним); вибачити когось; змінити своє життя та ін.

5. Готуючись до відповіді на п'яте запитання доцільно розглянути особливості психолого - педагогічної реабілітації соматично хворих дітей

Кінцева мета педагогічної реабілітації – привести часто хвору та маючу стійкі ушкодження дитину в стан, що дозволяє їй навчатися у загальноосвітній масовій школі, причому в період стабілізації й відновлення вона має потребу в більш спеціалізованій системі навчання і виховання.

Саме у хворих та у дітей з порушеннями після перенесеної хвороби виявлена наявність глибоких резервних можливостей, завдяки яким вони, при спеціальній організації життєвих умов й під впливом особливих психологічних і педагогічних впливів, можуть повністю адаптуватися до навчання, праці та не бути тягарем для близьких.

Психолого-педагогічна реабілітація обіймає всі форми систематичних впливів на хвору дитину, які існують в області виховання та навчання.

Особливість психолого-педагогічної реабілітації хворої дитини з соматичними захворюваннями в тому, що вона орієнтована на відновлення психічного рівня хворої дитини, враховуючи зміни в рамках норми – від нижнього до середнього і верхнього кордону.

Кінцева мета усіх відновлюючих впливів при різних захворюваннях – привести організм, що хворіє, у здоровий стан, звідси, що основною ознакою здоров'я є рівновага організму з оточуючим середовищем, яке виражається адекватністю реакцій дитини на вплив оточуючого середовища.

Література

Основна: 3,7,8

Допоміжна: 2, 5-9

Інформаційні ресурси в інтернеті :3-5.

Тема № 6. Соціально-психологічна складова реабілітації осіб з обмеженими можливостями

Семінарське заняття. Соціально-психологічна складова реабілітації осіб з обмеженими можливостями

Навчальна мета заняття: визначити рівень засвоєння матеріалу з даної теми, рівень сформованості уявлень про особливості соціально-психологічної реабілітації осіб з обмеженими можливостями

Час проведення – 2 години

Навчальні питання:

1. Предмет і завдання спеціальної психології.
2. Завдання психологічної реабілітації людей з різними психофізичними

порушеннями.

3. Методи дослідження психологічних особливостей людини з різними психофізичними порушеннями у спеціальній психології.

4. Загальні психолого-педагогічні аспекти реабілітації людини з обмеженими можливостями.

5. Програма раннього втручання. Основні етапи реабілітаційних заходів дитини та родини.

6. Основні умови успішного виховання дітей з особливими потребами.

Методичні вказівки

1. При підготовки до відповіді на перше запитання доцільно звернути увагу на те, що **спеціальна психологія** – це галузь психологічної науки, яка вивчає своєрідність психічного розвитку осіб з психофізичними порушеннями.

Як окремі напрямки в неї входять: психологія розумово відсталих (олигофренопсихологія), психологія глухих і слабочуючих (сурдопсихологія), психологія сліпих і слабозорих (тифлопсихологія), а також почали розвиватися пізніше психологія дітей з недоліками мови, психологія дітей із затримкою психічного розвитку, психологія сліпоглухих і ще більше молодий – психологія осіб з недоліками опорно-рухового апарата.

На думку провідних українських вчених В. М. Синьова, М. П. Матвєєвої, О. П. Хохліної, **предметом спеціальної психології**: “... є всі психічні явища, а саме: пізнавальні та емоційно-вольові психічні процеси, психічні стани та психічні властивості, які виявляються у різних формах активності людини – діяльності, спілкуванні, поведінці”.

В завдання спеціальної психології входить:

- вивчення закономірностей і особливостей психічного розвитку дітей і дорослих з різними психічними й фізичними недоліками в різних умовах, і насамперед в умовах корекційного навчання;
- створення методів і засобів психологічної діагностики порушень розвитку; розробка засобів психологічної корекції недоліків розвитку;
- психологічне обґрунтування змісту й методів навчання й виховання в системі спеціальних освітніх установ;
- психологічна оцінка ефективності змісту й методів навчання дітей з недоліками розвитку в різних умовах;
- психологічне вивчення соціальної адаптації осіб з недоліками;
- психологічна корекція дезадаптації.

Предмет та завдання спеціальної психології дозволяють виділити її структуру:

1. Психологія атипій розвитку (розділ, який присвячений опису та класифікації атипій розвитку). Як зазначає О. М. Усанова: “Під атипією нами розуміється розвиток, при якому виникають зміни у вигляді відхилень чи порушень у функціонуванні когнітивних, емоційних та регуляторних процесів психіки”.

2. Психологія направленого та спонтанного пізнання при атипіях розвитку (розділ, який присвячений закономірностям пізнавальної діяльності при атипіях).

3. Психологія соціалізації при атипіях розвитку (розділ, який присвячений впливу атипій на зміст та якість життя людини).

2. *Готуючись до відповіді на друге питання необхідно звернути увагу на те що* розглядаючи основні завдання психологічної реабілітації необхідно зазначити загальну систематизацію завдань В. І. Лубовського в межах спеціальної психології, який згрупував ці завдання за науковим змістом та практичною направленістю.

Перша група завдань – загальнонаукові теоретичні завдання, які торкаються проблем розвитку психіки аномальної дитини:

- розкриття закономірностей розвитку та прояв психіки загальних для нормальних та аномальних дітей;
- розкриття загальних закономірностей розвитку, які властиві всім аномальним дітям;
- розкриття специфічних закономірностей розвитку та проявів психіки різних груп аномальних дітей;
- встановлення залежності розвитку та проявів психіки від характеру, механізмів та ступеня вираженості аномалії.

Друга група завдань – вивчення аномалії формування и розвитку конкретних форм психічної діяльності та її психічних процесів у різних груп аномальних дітей, тобто вивчення закономірностей формування особистості, розумової діяльності, мови, сприймання, пам'яті.

Третя група завдань – виявлення шляхів компенсації дефекту та розвитку психіки в цілому.

Четверта група завдань – розробка наукових основ, методів и засобів навчання різних груп аномальних дітей, теоретичне обґрунтування конкретних шляхів їх навчання.

Необхідно враховувати основні індивідуальні особливості, структуру особистості, патологічні зміни у хворої дитини:

- які основні патологічні зміни у хворої дитини;
- які основні розлади психіки у хворої дитини, що підлягають виправленню шляхом проведення психологічної і виховної роботи;
- на яких позитивних сторонах особистості такої дитини та залишкових можливостях можливо будувати вплив;
- які стримуючі фактори – психологічні й виховні засоби – можуть бути найрезультативнішими в процесі коригуючої роботи з кожною дитиною;
- динамічне простеження стану психічних процесів у ході психолого-педагогічної реабілітації;
- необхідність у тривалому проведенні вправ не тільки стосовно порушених функцій, а й усієї особистості.

Також вони вважають, що при вирішенні питання організації, вибору засобів і форм впливу необхідно враховувати особливості реактивності дітей з психічними розладами, їх змінену психіку. Будуючи корекційну роботу, необхідно враховувати чинники:

1. Включення в навчальні й педагогічні загальні заняття відбувається поволі, пристосування дітей до того чи іншого виду діяльності вимагає тривалого часу.

2. Навчальні заняття проводяться у двох напрямках. З одного боку, вони здійснюються як форма для одержання знань, з іншого, сам навчальний процес й навчальні форми спрямовують, розвивають, коригують процеси мислення, уваги, направляють поведінку.

3. Робота з виправлення порушень індивідуалізована для кожної дитини та кожної групи захворювання.

3. *При підготовки до відповіді на третє питання необхідно зазначити що* діагностика аномального розвитку дитини спрямована на визначення ступеня виразності психічної (інтелектуальної, емоційної, мовної) недостатності й на якісну оцінку структури дефекту з виділенням основного психопатологічного синдрому, на встановлення зв'язків його з іншими клінічними проявами, віком, соматичним і неврологічним станом дитини.

Всі психодіагностичні методи необхідно проводити з врахуванням структури дефекту дитини та дотримуватися основних принципів.

Л. С. Виготський, розглядаючи у своїй праці “Основи дефектології” граничний розвиток трудної дитини та її дослідження, виділив ряд принципів.

По-перше, основним принципом при вивченні розумово відсталої дитини вважає положення, що всякий дефект створює стимули для компенсації.

По-друге, виняткову важливість при вивченні розумово відсталої дитини представляє її моторна сфера.

По-третє, дослідження розумово відсталої дитини повинне ґрунтуватися головним чином на якісному тесті, а не на кількісному визначенні дефекту.

По-четверте, будь-який органічний дефект реалізується в поведінці дитини як соціальне зниження її позиції.

Інвалід – особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності, викликає в особи потребу в соціальній допомозі і посиленому соціальному захисті, а також виконання з боку держави відповідних заходів для забезпечення її законодавчо визначених прав;

Дитина-інвалід – особа віком до 18 років (повноліття) зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності та викликає необхідність надання їй соціальної допомоги і захисту;

Інвалідність – міра втрати здоров'я та обмеження життєдіяльності, що перешкоджає або позбавляє конкретну особу здатності чи можливості здійснювати діяльність у спосіб та в межах, що вважаються для особи нормальними залежно від вікових, статевих, соціальних і культурних факторів;

Обмеження життєдіяльності – повна або часткова втрата особою внаслідок захворювання, травми або вроджених вад здатності або можливості самообслуговування, самостійного пересування, спілкування, орієнтації, контролювання своєї поведінки;

Психолого-педагогічна реабілітація – система психологічних та педагогічних заходів, спрямованих на формування способів оволодіння знаннями,

уміннями і навичками, надання психологічної допомоги, зокрема щодо формування самоутвердження і належної самооцінки особою своїх можливостей, засвоєння правил суспільної поведінки шляхом здійснення системної навчально-виховної роботи;

Психологічна реабілітація – система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей особи, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження особистості;

Психологічна підтримка – система соціально-психологічних, психолого-педагогічних способів і методів допомоги особі з метою оптимізації її психоемоційного стану в процесі формування здібностей і самосвідомості, сприяння соціально-професійному самовизначенню, підвищенню конкурентоспроможності на ринку праці та спрямуванню зусиль особи на реалізацію власної професійної кар'єри;

Психолого-педагогічний супровід – системна діяльність практичного психолога та корекційного педагога, спрямована на створення комплексної системи клініко-психологічних, психолого-педагогічних і психотерапевтичних умов, що сприяють засвоєнню знань, умінь і навичок, успішній адаптації, реабілітації, особистісному становленню особи, нормалізації сімейних стосунків, її інтеграції в соціум;

Психологічна адаптація – система заходів, спрямованих на формування в особи здатності пристосовуватися до існуючих у суспільстві вимог та критеріїв за рахунок присвоєння їй норм і цінностей даного суспільства.

Реабілітаційні програми можна поділити за такими напрямками:

– **психологічним**, що передбачає психологічну підтримку людини з обмеженими можливостями. Основними завданнями таких проектів психолого-реабілітаційного напрямку є відновлення та розвиток інтелектуальних функцій людини, її емоційного стану, навичок психічної саморегуляції, комунікативної культури. Специфічними методами, що використовуються у проектах для інвалідів, є психологічні тренінги (аутотренінг, комунікативний тренінг, тренінг креативності), психотерапія, ігротерапія, бібліотерапія, арттерапія та інше;

– **соціально-культурним**, який передбачає активізацію та розвиток творчо-художнього потенціалу дітей і дорослих, засвоєння ними цінностей культури та мистецтва. Прикладом цього напрямку можуть бути проекти “Дозвілля для всіх”, “Культура та інваліди” тощо;

– **професійним**, що орієнтується на навчання інваліда трудовим навичкам, поглиблення його професійних знань та знаходження для нього посиленої роботи. Освіту інваліда доцільно розглядати як таку сферу діяльності, що сприяє його успішному функціонуванню, зменшує соціальну напругу та забезпечує стабільність й захист людини у кризових життєвих ситуаціях, розкриває для неї реальні перспективи. Основними завданнями освітньої діяльності інвалідів є: розвиток освітньої та загальнодоступної мотивації; поглиблення знань для зростання інформаційної культури та практичної діяльності; формування інтелектуальних та прикладних навичок, вмінь та способів діяльності; розвиток комунікабельності як засобу збагачення стосунків із світом. Прикладом таких проектів можуть бути проекти типу “Вибір професії”;

– **соціально-реабілітаційним**, що має на меті вирішення завдань соціалізації особистості з обмеженими можливостями. Занижена самооцінка, що формується в осіб з розумовими та фізичними вадами під впливом негативного ставлення оточуючих, недоступності багатьох можливостей, звичних для здорових людей, соціальної незахищеності, призводить до негативного ставлення до себе як особистості, низької соціальної активності цієї категорії людей, недостатньої освіти, некваліфікованої праці, низького соціального становища.

4. При підготовці до відповіді на наступне питання необхідно звернути увагу на *основні принципи організації та надання послуги раннього втручання*.

Послуга раннього втручання – це послуга, яка поєднує медичну, психологічну, педагогічну та соціальну складові і надається мультидисциплінарною командою фахівців. Вона спрямована на забезпечення розвитку дітей від народження до 4-х років з порушеннями розвитку або ризиком виникнення таких порушень, зростання та виховання їх у середовищі, природньому для дітей відповідного віку без порушень або максимально наближеному до нього, підтримку та розвиток компетентності батьків з метою створення умов для підвищення рівня участі дітей у повсякденному житті та їх соціальної інклюзії.

Клієнтами послуги раннього втручання можуть бути сім'ї, що виховують дітей до 4-х років:

- з діагнозами, що передбачають наявність порушень розвитку, незалежно від ступеня їх тяжкості;
- з порушеннями або затримками розвитку, що зафіксовані за допомогою оціночних шкал і методик;
- з ризиками виникнення проблем або порушень в розвитку (біологічні та соціальні).

Надання послуги раннього втручання базується на певних принципах.

- 1) *Сімейноцентрованість..*
- 2) *Міждисциплінарність та командність.*
- 3) *Функціональний підхід.*
- 4) *Реалізація програм раннього втручання в природньому середовищі з використанням повсякденних рутин.*

Алгоритм надання послуги раннього втручання.

1. *Звернення батьків до раннього втручання здійснюється за телефоном або під час особистого відвідування центру, відділення в поліклініці або іншій установі, де надається послуга раннього втручання.*

2. *Первинна оцінка потреб дитини й сім'ї. Первинний запит.*

1 етап	Вітання та знайомство з сім'єю	5 хв.
2 етап	Спостереження за поведінкою дитини дитячо-батьківською взаємодією, проведення діагностичних проб	30 хв.
3 етап	Початок формування запиту батьків	10 хв.
4 етап	Інформування щодо подальших кроків	5 хв.
5 етап	Заповнення фахівцями карти первинної оцінки	30 хв.

Мета первинної оцінки – визначити, чи потребує дитина та сім'я послуги

раннього втручання та отримати інформацію про можливості і труднощі дитини та потреби родини.

3. *Командне обговорення первинної оцінки, вибір робочої команди й координатора роботи з сім'єю.*

4. *Зустріч з батьками: обговорення результатів первинної оцінки й узгодження запиту.*

5. *Поглиблена оцінка у відповідності до запиту.*

6. *Обговорення з батьками результатів поглибленої оцінки.*

Програма виходу з послуги РВ – це процес, який займає певний час. З самого початку отримання послуги РВ батьки знають, що є обмеження щодо отримання послуги, які пов'язані з віком дитини. Обговорення з батьками виходу дитини з послуги РВ і перехід в інші програми починається за 6 – 9 місяців до закінчення програми РВ.

6. *Готуючись до відповіді на наступне питання, необхідно звернути увагу на основні умови успішного виховання дітей з особливими потребами*

Життєво важливим і необхідним чинником успішності дитини з особливостями психофізичного розвитку є достатній рівень освіченості.

Що ж потрібно для цього?

1. Своєчасно навчати дитину умінням та навичкам, які відповідають віку дитини;

2. Стимулювати пізнавальну активність;

3. Контролювати засвоєння отриманих відомостей, щоб вони стали дійсно знаннями, якими дитина зможе скористатися;

4. Розширювати кругозір дитини не лише на дидактичному матеріалі (настільних іграх, книжках, фільмах), а й у різних життєвих ситуаціях;

5. Стимулювати дитину до розповіді про те, що прочитали, попросити переказати зміст твору, казки, мультфільму спочатку за питаннями, що орієнтують, а потім самостійно. Вчити виділяти головну думку сюжету, називати дійових осіб, події;

6. Навчати дитину читати, рахувати та писати тільки в ігровій формі;

7. Не допускати однобічного розвитку особистості дитини.

Тому головним завданням сімейного виховання є гармонійний усебічний розвиток дитини, підготовка її до життя в соціальних умовах, реалізація творчого потенціалу.

Дотримуючись основних умов виховання дітей, батьки можуть використати такі правила:

1. Незважаючи на інвалідність дитини, потрібно ставитися до неї як до дитини з особливими потребами, яка потребує спеціального навчання, виховання та догляду.

2. Використовуючи спеціальні рекомендації, поради та інструкції дефектолога, психолога, реабілітолога, логопеда поступово і цілеспрямовано:

- навчайте дитину різних способів спілкування;
- навчайте основних правил поведінки;
- розвивайте навички самообслуговування;
- формуйте вміння, що допоможуть подолати стреси;

- виявляйте і розвивайте творчі здібності вашої дитини;
- розвивайте зорове, слухове, тактильне сприйняття за допомогою гри.

3. Створіть у сім'ї середовище емоційної безпеки:

- виховуйте дитину в атмосфері любові, поваги та добра;
- дотримуйтеся постійного режиму дня;
- позбавтеся усіх чинників, що можуть спричинити у дитини страх чи негативну емоційну реакцію.

4 Відвідуйте групи підтримки і взаємодопомоги, де можна полегшити почуття ізоляції, емоційну тривогу, поділитися як своїми успіхами так і проблемами.

5. Виховуючи дитину з особливими потребами, треба навчитися:

- поважати свою дитину;
- сприймати її такою, як вона є;
- дозволяти їй бути собою;
- хвалити і заохочувати до пізнання нового;
- стимулювати до дії через гру;
- розмовляти з дитиною, слухати її, спостерігати за нею;
- підкреслювати її сильні властивості;
- впливати на дитину проханням – це найефективніший спосіб давати їй інструкції.

Література

Основна: 1, 7,8

Допоміжна: 2,3,5-9

Інформаційні ресурси в інтернеті: 2-6.

Тема № 7 Психологічні розлади пов'язані з впливом стресу та основи їх психологічної реабілітації .

Семінарське заняття №1. Психологічні розлади пов'язані з впливом стресу та основи їх психологічної реабілітації.

Навчальна мета заняття: визначити рівень засвоєння матеріалу з даної теми, рівень сформованості уявлень про особливості соціально-психологічної реабілітація осіб, що зазнали впливу чинників соціального стресу

Час проведення – 2 години

Навчальні питання:

1. Психологія горя. Особливості проживання горя.
2. Нозологічні форми стресових розладів.
3. Основні принципи надання психологічної допомоги постраждалим внаслідок психотравмівних ситуацій.
4. Посттравматичні стресові розлади: критерії діагностики, симптоматика, епідеміологія.
5. Перша психологічна допомога при гострих реакціях на стрес.
6. Допомога постраждалим в екстремальній ситуації в гострий період та при гострій реакції на стрес.
7. Психологічний дебрифінг як форма кризової інтервенції.

8. Допомога постраждалим в екстремальній ситуації період стабілізації обстановки.

9. Допомога постраждалим в екстремальній ситуації в період віддалених наслідків.

10. Травмафокус – нейропсихотерапевтичний метод опрацювання психотравми.

Методичні вказівки

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

Горе – універсальне людське переживання, реакція на втрату значущого об'єкта, частини ідентичності або очікуваного майбутнього; це переживання включає душевний біль, смуток, гнів, безпорадність, почуття провини і розпач.

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

Теорія Еріка Ліндемана. Ліндеман створив фундамент для наступних теорій горювання, виділивши особливості гострого та нормального горя. Важливим внеском Еріка Ліндемана є й те, що він описував не лише емоції і почуття, а й фізичні відчуття, пов'язані з реакцією на втрату.

1. Соматичний дистрес.

2. Захопленість образом померлого.

3. Почуття провини

4. Реакції неприязні.

5. Нездатність функціонувати на попередньому рівні.

6. Е. Ліндеман пропонує ще одну, шосту ознаку, яка доповнює цілісну картину. Це характеристика людей, які перебувають на межі патологічних реакцій, а саме: *поява рис померлого в поведінці особи, що залишилася.*

Етапи переживання горя (Елізабет Кюблер-Росс)

Перший етап: шок і заперечення.

Другий етап: біль і почуття провини.

Третій етап: гнів, розчарування і гіркота

Четвертий етап: прийняття ситуації і відчуття полегшення.

Теорія Ваміка Волкана

1. *Перші 48 годин.* Шок від перенесеної втрати і відмова повірити в те, що сталося, може проявлятися в перші години.

2. *Перший тиждень.* Необхідність організації похоронного обряду та інші клопоти заповнюють увесь час, почуття втрати часто переносять автоматично.

3. *Від 2 до 5 тижнів.* Домінує відчуття, що тебе залишили сім'я і друзі, які

повернулися до своїх буденних справ після похорону.

4. *Від 6 до 12 тижнів.* На цій стадії шоківий стан змінюється усвідомленням реальності втрати.

5. *Від 3 до 4 місяців.* Починається чергуванням «хороших та поганих днів».

6. *6 місяців.* Починається депресія..

7. *12 місяців.* Перша річниця з дня смерті може бути травмівною або переломною, залежно від наслідків пережитих за рік страждань.

8. *Від 12 до 24 місяців.* Це час «розсмоктування».

Особливості горювання за Коліном Паркесом. Фази горювання: оцінювання (шок); туга (заперечення втрати, агресія); фаза хаосу й відчаю, під час якої людина не може функціонувати на звичному рівні; реорганізація життя.

До ускладненого (патологічного) горя призводять: втрата раптова або несподівана; втрата, що викликає подвійні почуття, насамперед гнів і самозвинувачення; втрата людини, з якою були пов'язані сильні залежні стосунки, що спричинили відчай і тугу; декілька втрат упродовж короткого відтинку часу; відсутність системної підтримки особистості чи життєзабезпечення.

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

- говорить про померлого, ніби це сталося вчора;
- відмовляється віддати чи викинути особисті речі померлого;
- виявляє фізичні симптоми, подібні до тих, що були у померлої людини;
- перебуває в депресії, пов'язаній із гострим почуттям провини і низькою самооцінкою;

— з'являються риси характеру померлого;

— надмірно реагує сильним горюванням на чийсь втрату;

— радикально щось змінює відразу після смерті близької людини.

Форми ускладненого горя

1. *Хронічне горе.*

2. *Конфліктне горе (перебільшене).*

3. *Масковане горе.*

4. *Несподіване горе.*

5. *Відкладене горе..*

6. *Відсутність горя.*

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

Патологічні симптоми горя:

— поведінка не узгоджується з нормальним соціальним та економічним буттям;

— різкі переходи від страждань до самозадоволення впродовж коротких проміжків часу;

— зміна ставлення до друзів і родичів; дратівливість, небажання набридати, відхід від соціальної активності;

— прогресування самотності;

– виношування суїцидальних планів.

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

–емоційний комплекс

–когнітивний комплекс

–поведінковий комплекс ;

–можливі комплекси фізичних відчуттів і алкоголізація як спроба встановлення комфорту .

Ускладнена реакція втрати – це нормальна реакція системи прив'язаності, яка звільняє людину від прив'язаностей, щоб очистити місце для формування нових. У випадку нормального перебігу скорботи людина переживає такі фази:

1. Небажання прийняти втрату.

2. Вибухи емоцій.

3. Пошуки, знахідки, розлука.

4. Нове ставлення до себе і світу.

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

По-перше, з померлим.

По-друге, із самим собою (нова ідентичність).

По-третє, із навколишнім світом.

Критерії ускладненої реакції втрати.

1. *А критерій події.* Втрата близької людини у зв'язку зі смертю.

2. *В критерій.* Інтрузивно-нав'язливий стрес через розлуку.

3. *С критерій.* Мають проявитися щонайменше п'ять із нижчезазначених когнітивних, емоційних та поведінкових симптомів.

4. *Д критерій часу.* Від моменту втрати минуло щонайменше шість місяців.

5. *Е критерій, психосоціальні ускладнення.* Значні ускладнення у різних сферах життя.

6. *Ф критерій, диференціальні діагнози.*

7. *Коморбідність.*

8. *Ускладнена реакція втрати і депресія.*

2. Готуючись до відповіді на друге запитання необхідно звернути увагу на...те що, гостра стресова **реакція** (ГСР) виникає під час проживання травматичної події і може тривати до 3-4 днів після неї зі згасанням і/або зникненням симптомів.

Ризик розвитку гострої травматичної реакції у людини зростає, якщо вона:

- раніше переживала травматичну ситуацію
- була свідком або знав про подію, що травмує
- історія інших розладів психічного здоров'я
- вік молодше 40 років
- у жінок ризик вищий, ніж у чоловіків

Гострий стресовий розлад характеризується може тривати перші дні і до 4 тижнів.

Дисоціація - відчуття байдужості, відірваності від дійсності або недостатня емоційність, погане розуміння оточуючих подій (приголомшення), почуття нереальності навколишнього, почуття нереальності власної особистості.

Гіперзбудження – може виражатися в надмірній балакучості та/або в моторному збудженні.

Уникнення – уникнення говорити про травмуючу подію, уникнення відвідувати місця, пов'язані з подією і т. д..

Ре-переживання – емоційне включення при згадці про травмуючу подію, демонстрація інтенсивних реакцій – фізичних і емоційних, нібито події відбуваються в теперішньому часі.

При гострому стресовому розладі успішно застосовують методи, засновані на експозиціях, і методи і інструменти Когнітивно-Поведінкової Терапії.

Гостре ПТСР від одного до трьох місяців.

Хронічне ПТСР від 1 року і більше.

Симптоми ПТСР з більшою ймовірністю виникають, коли у людини присутні наступні фактори ризику:

- Попередній травматичний досвід
- Історія аб'юзу
- ПТСР та депресія у сімейній історії
- Зловживання наркотиками та алкоголем
- Слабкі навички подолання
- Нестача соціальної підтримки
- Безперервний стрес

Бойовий стрес - багаторівневий процес адаптаційної активності організму людини в умовах екстремальної бойової обстановки, який супроводжується напруженням механізмів реактивної саморегуляції та закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних змін. Бойовий стрес є передпатологічним дестабілізаційним станом, що вичерпує функціональний резерв організму, збільшує ризик дезінтеграції психічної діяльності та стійких соматовегетативних дисфункцій (П.А. Корчемний, 2010).

Нозологічними формами бойового стресу є гостра реакція на стрес (ГРС) та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

ГРС - тимчасовий розлад, який розвивається у людини без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес і зазвичай стихає через кілька годин або днів.

ПТСР - відстрочена або затяжна реакція на стресогенні подію чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого.

Форми ПТСР:

- гостра - симптоми зберігаються впродовж менше трьох місяців;
- хронічна - симптоми зберігаються три і більше місяці;
- з пізніми проявами - початок симптомів спостерігається через 6 місяців після травматичної події.

У більшості випадків пацієнти одужують, але інколи хвороба триває протягом багатьох років після катастрофи і трансформується в хронічну зміну

особистості.

Базові симптоми ГРС та ПТСР є:

- *повторне переживання* - нав'язливі тривожні спогади про травмуючу подію; кошмари; інтенсивні психологічні страждання або соматичні реакції, такі, як пітливість, прискорене серцебиття та паніка, при нагадуванні про травмуючу подію;
- *уникнення і емоційне заціпеніння* - уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних з подією; обмежені емоції; втрата інтересу до звичайної діяльності; почуття відстороненості від інших;
- *надмірне збудження* - безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість, надмірний старт-рефлекс.

Крім того, ГРС включає в себе дисоціативні симптоми, такі як відчуження, емоційна глухість, дереалізація, деперсоналізація і дисоціативна амнезія.

Дереалізація - порушення сприйняття, при якому навколишній світ сприймається як нереальний або віддалений, позбавлений своїх фарб та при якому можуть відбуватися порушення пам'яті. Деколи супроводжується станами «вже баченого» (*deja vu*) або «ніколи не баченого» (*jamaais vu*).

Деперсоналізація - це стан відчуження від самого себе, неадекватне сприймання людиною своєї особи, свого «я». Причинами можуть бути психофізіологічні, соціальні захворювання. Є клінічним синдромом певних психічних розладів.

Дисоціативна амнезія - це втрата пам'яті про нещодавні важливі події.

3. Готуючись до відповіді на третє запитання, доцільно звернути увагу на те що основними принципами соціально-психологічної реабілітації є:

- 1) принцип максимальної наближеності реабілітаційних зходів до запитів і потреб кожного учасника реабілітаційного процесу;
- 2) принцип невідкладності, що полягає у наданні психологічної відразу після виявлення психічних розладів;
- 3) принцип єдності психосоціальних і психофізіологічних методів впливу (єдність реабілітації та лікування);
- 4) принцип послідовності та ієрархічності реабілітаційних заходів;
- 5) принцип різнобічності (різноплановості) зусиль;
- 6) принцип партнерства, співпраці. Побудова реабілітаційного впливу повинна бути такою, щоб залучити військовослужбовців, які отримали психічну травму, у відновлюючий процес. У цьому випадку важливо враховувати індивідуальні особливості військовослужбовців;
- 7) відповідність реабілітаційних заходів адаптаційним можливостям особистості військовослужбовців;
- 8) участь у реабілітаційному впливі командирів, медичних працівників, психологів, офіцерів органів виховної роботи, товаришів по службі;
- 9) систематичний контроль і своєчасна корекція реабілітаційної програми.

4. Готуючись до відповіді на четверте запитання необхідно підкреслити, що, ПТСР - розлад, що виникає в результаті перебування в екстремальних ситуаціях (катастрофи, бойові дії, тортури, зґвалтування тощо) і характеризується повторними епізодами переживання обставин цієї ситуації, зниженням рівня

емоційного реагування і збудженням. Це порівняно “молодий” розлад, визнаний Всесвітньою Організацією Охорони здоров’я у 1980 році.

Ознаки посттравматичного стресового розладу. Особи з ПТСР продовжують переживати травматичний досвід у нічних жахах, відчуваються відрізнаними від сім’ї та друзів, уникають ситуацій, що нагадують їм про подію, а їхнє тіло, зазвичай, перебуває у напруженому стані “бойової готовності”. Інтенсивність цих симптомів проявляється по-різному у кожній людині і може призводити до значної неадаптивності.

Симптоми ПТСР можна поділити на три групи: *симптоми повторного переживання, уникання і заціпеніння та нездатність розслабитися*. При цьому не кожна людина переживає усі перелічені симптоми разом, також вони можуть змінювати свою інтенсивність у часі.

Симптоми повторного переживання.

Люди, що страждають на ПТСР, ще і ще раз переживають травматичну подію у своїй свідомості. Симптоми повторного переживання містять:

- повторні спогади про пережиту травматичну подію: ці спогади зринають ще і ще всупереч людині і супроводжуються емоційним дистресом (вони називаються інтрузії);
- флешбеки (небажані спогади, які настільки сильні, що людина відчувається так, ніби травматична подія відбувається знову);
- нічні жахи чи погані сни;
- сильні емоційні реакції на нагадування про травматичну подію (наприклад, раптова сильна тривога при звуці сирени).
- сильні фізичні реакції (наприклад, Ваше серце починає швидко битися, і Ви тікаєте, обливаючись холодним потом, щойно опинитеся поблизу місця травматичної події).

Згадування травматичних подій не схоже на інші форми пригадування. Воно може спричиняти повторне переживання запахів, звуків та фізичних відчуттів (відоме як спогади тіла). Внаслідок цього деякі постраждалі починають почуватися і поводитися так, ніби травматична подія триває чи повторюється ще і ще раз.

Уникання і заціпеніння. Люди з ПТСР схильні уникати нагадувань про травматичну подію тому, що вони “запускають” неприємні емоції та спогади. Уникання може обмежуватися місцем, де сталася травматична подія, чи іншими нагадуваннями про неї. *Наприклад, переживши дорожньо-транспортну пригоду та отримавши при цьому травму, хтось може уникати лише місця пригоди, натомість інший узагалі уникає розмов про травму і більше не сідатиме у машину.*

Наслідки уникання можуть бути деструктивними: важко повернутися до праці, бути в товаристві чи займатися улюбленими справами. Так, людина може відчужитися від інших і згодом поринути у самотність та депресію. З плином часу це може перерости в окрему велику проблему і навіть стати виснажливішим, ніж первинні симптоми. Людина може зазнати труднощів у переживанні нормального спектру емоцій, особливо позитивних. Часто люди відчуваються позбавленими зв’язку з навколишнім світом. Це явище нагадує “пусковий” механізм, який спрацьовує тоді, коли симптоми стають надто сильними.

Нездатність розслабитися. ПТСР ускладнює здатність розслаблятися.

Людина постійно перебуває у стані “бойової готовності”, передчуваючи ймовірну майбутню небезпеку, що ускладнює можливість звикнути до будь-чого. Нездатність розслабитися містить наступні симптоми:

- труднощі у засинанні та підтримуванні сну;
- дратівливість чи спалахи гніву;
- складність концентрації;
- постійний стан готовності до небезпеки;
- надмірна стартова реакція.

Також слід зазначити, щонайменше дві третини людей, що страждають на ПТСР, зазнають ще й супутніх проблем. Найпоширеніші з них такі:

Депресія.

Зловживання алкоголем чи наркотиками.

Гнів щодо себе та інших.

Погане фізичне самопочуття.

Критерії діагностики ПТСР. Для діагностики ПТСР використовуються наступні критерії.

Критерій А. Піддавання ризику реальної смерті або її загрози, серйозних травм або сексуального насильства, як охарактеризовано в одному (або більше) з пунктів.

Критерій В. Присутність одного (чи більше) інтрузивних симптомів, пов’язаних з травматичною подією/подіями, які виникають після того, як подія відбулася.

Критерій С. Постійне уникання пов’язаних з травмуючою подією подразників, які з’являються після події.

Критерій D. Негативні зміни у думках і настрої, пов’язані з травмуючою подією, які починаються або погіршуються після події.

Критерій Е. Помітні зміни в активності та здатності реагувати, які з’являються або погіршуються після травматичної події / подій.

Критерій F. Тривалість розладу (критерії В, С, D, Е) понад 1 місяць.

Критерій G. Розлад викликає значне страждання чи порушення функціонування у соціальній, професійній або інших сферах.

Критерій H. Порушення не зумовлене фізіологічним наслідком дії речовин (наприклад, ліків, алкоголю) чи іншим клінічним станом.

Поставити діагноз ПТСР може лише психолог (лікар) або інший кваліфікований працівник.

1. Для виявлення основних симптомів ПТСР можна використовувати один із таких опитувальників:

- стандартизований «Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу», що складається із семи питань ;
- «Контрольний перелік питань для оцінки ПТСР (PCL-5)»;
- «Шкала самооцінки наявності ПТСР (PCL-C) – цивільна версія» і «Шкала самооцінки наявності ПТСР (PCL-M) – військова версія».

2. Для виявлення типу травмивної події, яку пережила людина, можна застосовувати: «Контрольний перелік життєвих подій (LEC)»

3. Визначити вплив пережитої події на особу можна за допомогою «Шкали

оцінювання впливу травмівної події (IES–R).

4. Якщо після підрахунку балів результати тестів вказують на ймовірність ПТСР, необхідно:

- поінформувати клієнта про те, що виявлені в нього зміни можуть бути реакцією на стрес. А це потребує подальшого психологічного дослідження;

- скерувати клієнта для уточнення діагнозу до психолога.

5. Психолог проводить подальше психологічне обстеження, задачами якого є:

- уточнення діагнозу;

- оцінювання клієнтів із ПТСР з позиції безпеки/небезпеки для себе та інших (скринінг суїцидального мислення): наявність суїцидальних думок, спроб самогубства, агресивної поведінки, факту попереднього лікування психічних розладів та адиктивної поведінки тощо;

- виявлення постраждалих, що потребують обов'язкової консультації психотерапевта, лікаря-психіатра, нарколога чи інших фахівців;

- скерування до відповідного фахівця для проходження повного психологічного обстеження й отримання рекомендацій щодо лікування.

Щоб виявити наявність супутніх розладів (що дає можливість розв'язати третю задачу) рекомендується застосовувати відповідний психодіагностичний інструментарій:

- «Опитувальник Бека для оцінювання депресії (BDI)» чи «Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9)» – для діагностики можливого депресивного розладу;

- щоб визначити рівень зловживання алкоголем, можна застосовувати такі опитувальники: «Тест для визначення зловживання алкоголем AUDIT» або «Опитувальник для визначення зловживання алкоголем «CAGE»

- «Тест на наркотичну та алкогольну залежність (Хелпер)» для визначення наркотичної та алкогольної залежності.

5. Готуючись до відповіді на п'яте запитання необхідно звернути увагу на те, що, в умовах військового стану необхідність правильно організовувати та надавати першу психологічну допомогу (ППД) при виникненні ознак негативних психічних реакцій та станів набуває актуальності.

ППД має такі особливості:

- не передбачає значної професійної підготовки, може надавати не лише професійний психолог, а й інший спеціаліст, знайомий з правилами її надання;

- в основі надання ППД лежать три основних принципи – спостерігати, слухати та спрямовувати;

- важливою характеристикою першої психологічної допомоги є її умовна простота;

- в основі відповідального надання допомоги лежать декілька ідей: повага до безпеки, гідності та прав людини; адаптація власних дій до культурних традицій; поінформованість про інші заходи реагування на надзвичайну ситуацію; турбота про себе.

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

- потреба у ППД залежить від глибини впливу події на індивідуума.

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

- не передбачає детальне обговорення подій, які викликали стан дистресу;
- не кожна людина, яка пережила кризову подію, потребує ППД або прагне її отримати;

- існують певні етичні правила надання ППД;
- передбачає певні аспекти (формування відчуття безпеки, надання доступу до соціальної, фізичної та емоційної підтримки; зміцнення віри в можливість допомогти собі та оточуючим) та ін;

- можна надавати у будь-якому достатньо безпечному місці або в місцях надання допомоги постраждалим;

Існують етичні правила надання першої психологічної допомоги, які мають на увазі захист безпеки, гідності та прав людини.

При наданні першої психологічної допомоги необхідно:

- знайти для розмови тихе місце, де ніщо не відволікатиме;
- поважати конфіденційність і не розголошувати повідомлені особисті відомості;

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

- показувати зацікавленість, наприклад, киваючи головою чи вимовляючи короткі підтверджувальні репліки;

- бути терплячим і спокійним; - надавати фактичну інформацію, чесно говорити, про свої знання: «Я не знаю, але постараюся для вас дізнатися»;

- надавати інформацію зрозумілою мовою, простими словами;

- висловлювати співпереживання, люди, які говорять вам про свої почуття, перенесену втрату чи важливі події (втрата будинку, смерть близької людини тощо);

- надати людині можливість помовчати.

При наданні першої психологічної допомоги неможна:

- змушувати людину розповідати про те, що з нею відбулося;

- перебивати і квапити співрозмовника (наприклад, дивитися на 400 годинник, говорити занадто швидко);

- торкатися до людини, якщо немає впевненості про те, чи прийнято це в її культурному середовищі;

- давати оцінок тому, що людина зробила або не зробила, або її емоціям; - вигадувати того, чого не знаєте;

- використовувати занадто спеціальні терміни;

- давати помилкові обіцянки;

- переказувати співрозмовнику оповідання, почуті від інших;

- розповідати про свої власні труднощі;

- думати і діяти так, немов зобов'язані вирішити за іншого всі його проблеми;

- позбавляти людину віри у власні сили і здатність самій подбати про себе;

- описувати людей, використовуючи негативні епітети (наприклад, називати їх —божевільними!).

До оперативних принципів надання першої психологічної допомоги належать:

- дивитися;
- слухати;
- спрямовувати.

Література

Основна: 3,5,7,8

Допоміжна: 1,4-9

Інформаційні ресурси в інтернеті: 3-5

Семінарське заняття №2. Психологічні розлади пов'язані з впливом стресу та основи їх психологічної реабілітації.

Навчальна мета заняття: визначити рівень засвоєння матеріалу з даної теми, рівень сформованості уявлень про особливості соціально-психологічної реабілітації осіб, що зазнали впливу чинників соціального стресу

Час проведення – 2 години

Навчальні питання:

1. Психологія горя. Особливості проживання горя.
2. Нозологічні форми стресових розладів.
3. Основні принципи надання психологічної допомоги постраждалим внаслідок психотравматичних ситуацій.
4. Посттравматичні стресові розлади: критерії діагностики, симптоматика, епідеміологія.
5. Перша психологічна допомога при гострих реакціях на стрес.
6. Допомога постраждалим в екстремальній ситуації в гострий період та при гострій реакції на стрес.
7. Психологічний дебрифінг як форма кризової інтервенції.
8. Допомога постраждалим в екстремальній ситуації період стабілізації обстановки.
9. Допомога постраждалим в екстремальній ситуації в період віддалених наслідків.
10. Травмафокус – нейропсихотерапевтичний метод опрацювання психотравми.

Методичні вказівки

1. При підготовці до відповіді на перше запитання здобувачам доцільно звернути увагу на те, що екстрена психологічна допомога надається людям в гострому стресовому стані (або ще його називають гострим стресовим розладом (ГСР). У потерпілої людини в надзвичайній ситуації можуть з'являтися реакції, викликані травмою – емоційним шоком, такі як: страх, апатія, ступор, рухове збудження, агресія, нервові тремтіння, плач, істерика, паніка тощо.

Викладач пропонує виконати самостійну роботу. Завдання : описати особливості надання ППД при таких реакціях на стресову подію:

- страх
- апатія
- ступор

- рухове збудження
- агресія
- нервові тремтіння
- плач
- істерика
- паніка

7. Готуючись до відповіді на наступне сьоме запитання необхідно зазначити, що дебрифінг психологічний – форма психологічної інтервенції, особливим чином організоване обговорення, яке проводиться в групах людей, що спільно пережили стресогенну або трагічну подію. Дебрифінг відноситься до засобів екстреної психологічної допомоги. Тобто його слід проводити не пізніше 48 годин.

Мета дебрифінгу – знизити тяжкість психологічних наслідків після пережитого стресу. Загальна мета групового обговорення – мінімізація психологічних страждань.

В дебрифінгу важливим принципом є з'єднання структурованості з гнучкістю. Дебрифінг не захищає від виникнення наслідків травми, але перешкоджає їх розвитку та посиленню, сприяє розумінню причин свого стану і усвідомленню дій, яких необхідно вжити, щоб полегшити ці наслідки. Тому дебрифінг – одночасно і метод кризової інтервенції, і профілактика.

Проводити дебрифінг можливо в будь-якому місці, але потрібно прагнути до того, щоб приміщення було зручним, доступним і ізольованим.

Оптимальна кількість учасників в групі від 10 до 15 осіб. Бажано проводити дебрифінг під керівництвом двох підготовлених фахівців. Не допускається присутність сторонніх осіб, які не мають безпосереднього відношення до події.

Час сесії чітко визначається спочатку і становить 2-2,5 години без перерви. Серцевина дебрифінгу – фасилітоване групове обговорення, яке включає говоріння, слухання, прийняття рішень, навчання, проходження порядку денного і доведення зустрічі до задовільного для членів групи закінчення. Найважливіше – це організація групового обговорення.

В дебрифінгу прийнято виділяти три частини і сім чітко виражених фаз:

частина I – опрацювання основних почуттів учасників і вимір інтенсивності стресу;

частина II – детальне обговорення симптомів і забезпечення почуття захищеності і підтримки;

частина III – мобілізація ресурсів, забезпечення інформацією та формування планів на майбутнє.

Фази дебрифінгу:

- 1) вступна фаза;
- 2) фаза опису фактів;
- 3) фаза опису думок;
- 4) фаза опису переживань;
- 5) фаза опису симптомів;
- 6) фаза завершення;
- 7) фаза реадаптації.

8. *Готуючись до відповіді на восьме запитання необхідно звернути увагу на основні стратегії антикризової допомоги передбачають використання реабілітаційних програм за такими напрямками:*

1) Психологічний, що передбачає психологічну підтримку людини, яка перебуває в кризовій життєвій ситуації.

2) Соціально-культурний, що передбачає активізацію та розвиток творчо-художнього потенціалу дітей і дорослих, засвоєння ними цінностей культури та мистецтва.

3) Професійний, що орієнтується на навчання та поглибленні професійних знань, вибір відповідної роботи.

4) Соціально-реабілітаційний, що має на меті вирішення завдань соціалізації особистості з обмеженими можливостями.

Для зняття порушень (порушення сну, тремор кінцівок, головний біль, неприємні відчуття в шлунку, загальна м'язова скутість) найбільш адекватними і ефективними є методи *психічної саморегуляції*:

- нервово-м'язова релаксація (метод Джекобсона);
- аутогенне тренування (метод Шульца);
- гіпносуггестивна терапія з елементами саморегуляції за методом Куге; медитативні техніки.

Ефективним методом психологічної допомоги особам, які перенесли психотравмуючий стрес, є медитація.

Можна також проводити:

- мобілізаційний тренінг;
- релаксаційний тренінг (дихальні техніки; «Ключ Алієва»; вправи на розслаблення; техніки на збільшення самоусвідомлення та усвідомлення навколишнього світу, методики сканування тіла та звільнення від негативних думок — з майндфулнес-терапії тощо);
- тренінг з елементами тілесної терапії, спрямований на поліпшення самопочуття.

11. Готуючись до відповіді на десяте запитання бажано звернути увагу на наступне :

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

ТРАВМАФОКУС (ТФ) – ефективний нейро-психотерапевтичний метод, за допомогою якого можна допомогти людині повністю звільнитися від наслідків пережитого психотравматичного та стресового досвіду, навіть якщо цей досвід був отриманий пренатально чи перинатально, у віці немовляти, і його не можна пригадати.

Термін «травмафокус» запропонував Томас Вебер. Він тривалий час співпрацював із Девідом Грандом, засновником брейнспотінгу (brainspotting), який Д. Гранд розвинув на основі EMDR.

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

Важливе досягнення травмафокусу – терапія гострого та хронічного болю. У 2013 році Томас Вебер випадково відкрив, як можна швидко звільнити людину від гострого болю.

Травмафокус успішно застосовують у разі таких розладів:

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

Література

Основна: 3,5,7,8

Допоміжна: 1,4-9

Інформаційні ресурси в інтернеті: 3-5

Тема № 8 Соціально-психологічна реабілітація осіб, що зазнали впливу чинників соціального стресу

Семінарське заняття №1. Соціально-психологічна реабілітація осіб, що зазнали впливу чинників соціального стресу

Навчальна мета заняття: визначити рівень засвоєння матеріалу з даної теми, рівень сформованості уявлень про особливості соціально-психологічної реабілітації осіб, що зазнали впливу чинників соціального стресу

Час проведення – 2 години

Навчальні питання:

1. Професійне вигорання як психофізіологічна проблема.
2. Психологічне вигорання в соціальних професіях.
3. Профілактика та подолання професійного вигорання.
4. Поняття секта, деструктивний культ, причини попадання до сект.
5. Особливості впливу на свідомість у тоталітарних сектах.
6. Особливості психологічної реабілітації жертв тоталітарних сект.

Методичні вказівки

*При підготовки до відповіді на перше запитання здобувачам доцільно звернути увагу на те, що **професійне вигорання** – це психофізіологічна реакція*

організму людини на тривалі стреси різного рівня інтенсивності, обумовлена її професійною діяльністю, що розгортається в поетапному проходженні рівнів напруження, резистенції та виснаження

Кожен рівень супроводжується чотирма симптомами:

НАПРУЖЕННЯ. Причина напруження – професійна діяльність у атмосфері нестабільних стресових обставин, фізичного та психічного перевантаження, підвищеної відповідальності.

Напруження проявляється у:

1) переживанні психотравмівних обставин (людина сприймає професійну реалізацію як травмівну, при цьому стресогенних чинників важко або й зовсім не можна уникнути, або вони посилюються);

2) невдоволенні собою (виникає почуття провини за прогалини в діяльності, звинувачення себе в неспроможності виконати належним чином поставлені завдання; може виникати відчуття некомпетентності, втрата здатності бачити позитивні наслідки своєї праці);

3) відчутті «загнаності в клітку» (з'являється відчуття безвихідності ситуації, бажання втекти);

4) тривозі та депресії (спостерігається розвиток тривожності стосовно діяльності, що супроводжується підвищенням нервовості, депресивним настроєм).

Людина намагається відгородитися від неприємних вражень, зовнішніх впливів. Опір стресу починається з моменту появи тривожного напруження (що є абсолютно природним).

Фахівець, свідомо чи несвідомо, намагається зменшити тиск зовнішніх обставин за допомогою наявних в його розпорядженні стратегій:

1) неадекватне вибіркове емоційне реагування (неконтрольовані емоційні реакції);

2) емоційно-моральна дезорієнтація (розвивається байдужість до клієнтів, підозрілість, постійні думки на кшталт: «такі люди не заслуговують на добре ставлення», «їм не можна допомагати», «не я вас туди посилав» тощо);

3) розширення сфери економії емоцій (емоційна замкненість, відчуження, бажання припинити будь-які комунікації);

4) редукція обов'язків (згортання діяльності, прагнення якомога менше часу витрачати на виконання обов'язків пов'язаних із професійними обов'язками, запізнення на роботу; відчуття того, що робота стає все важчою і важчою, а виконувати її – все складніше і складніше; з'являються думки про те, що слід звільнитися з роботи).

ВИСНАЖЕННЯ Відбувається втрата наявних психічних ресурсів, зниження емоційного тону, ослаблення нервової системи, що проявляється через:

1) емоційний дефіцит (розвиток емоційної нечутливості на тлі перевиснаження, мінімізація емоційного внеску у взаємодію, автоматизм, спустошення фахівця під час виконання професійних обов'язків; поява відчуття, що вже немає можливості допомагати іншим людям; в поведінці з'являються різкість, грубість, дратівливість, образи;

2) емоційне відчуження (створення захисного бар'єру у комунікаціях; особа майже повністю виключає емоції зі сфери діяльності, її майже нічого не хвилює,

майже нічого не викликає емоційного відгуку – ні позитивні обставини, ні негативні, причому це не вихідний дефект емоційної сфери, не ознака ригідності, а набутий за тривалий час взаємодії з клієнтами емоційний захист);

3) деперсоналізація (порушення стосунків, розвиток цинічного ставлення до тих, із ким потрібно спілкуватися, виконуючи професійні обов'язки); психосоматичні та психовегетативні порушення (погіршення фізичного самопочуття, розвиток таких психосоматичних і психовегетативних порушень, як розлади сну, головний біль, проблеми з артеріальним тиском, шлункові розлади, загострення хронічних хвороб.

Гендерні, вікові, соціальні особливості схильності до професійного вигорання, зокрема:

- а) у жінок частіше розвивається емоційне виснаження, як у чоловіків;
- б) чоловіки більше звертають увагу на оцінку професійної успішності, в них частіше розвивається дегуманізація;
- в) групою ризику, в першу чергу, стають молоді фахівці та фахівці похилого віку;

г) стаж роботи є опосередкованим фактором розвитку синдрому вигорання;

д) сприятливими особистісними рисами для розвитку синдрому є:

недостатня автономність;

емпатія; інтроверсія;

низька самоповага;

трудоголізм;

нереалістичні очікування;

фактори відсутності соціальної підтримки;

нестабільна або низька оплата праці;

соціальна незахищеність працівника.

Окрім зазначених, до чинників сприятливих для розвитку синдрому професійного вигорання соціальних працівників, психологів, волонтерів та капеланів належать:

- 1) монотонність роботи, особливо якщо її смисл здається сумнівним;
- 2) сурова регламентація часу роботи, особливо за умови нереальних термінів її виконання;
- 3) робота з немотивованими клієнтами, які постійно опираються спробам допомогти їм;
- 4) невирішені особистісні конфлікти спеціаліста;
- 5) хронічна напружена психоемоційна діяльність: інтенсивне спілкування негативні емоції; інтенсивне сприймання, переробка та інтерпретація отриманої інформації; необхідність приймати рішення;
- 6) психологічно складний контингент, з яким працює людина: поранені; тяжкі та термінальні хворі; особи з психічними відхиленнями; діти, що страждають від різних травм та захворювань.

ВТОМА ВІД СПІВЧУТТЯ (compassion fatigue) це – стан напруження чи накопичена травматизація фахівця внаслідок роботи, що проявляється у повторному переживанні досвіду травмивної події підопічного або в униканні згадок про подібні події та в постійному стані збудження; природний наслідок

стресу через опіку та допомогу людям або тваринам, які страждають

Симптоми втоми від співчуття:

а) психічне виснаження: зростання інтенсивності емоційних проявів; зниження когнітивних здібностей; порушення процесів мислення.

б) психологічне виснаження: зменшення часу та інтенсивності взаємодії з іншими людьми (ізоляція); деперсоналізація (симптоми, що не є наслідками реальних причин); зниження відчуття психологічного благополуччя та сенсу професійної діяльності; порушення поведінки та суджень; можливі депресія та ПТСР; зміни в переконаннях та психологічних потребах – безпеці, довірі, повазі, близькості та контролю; гнів стосовно винуватців події чи причинно-наслідкових явищ.

в) фізичне виснаження: збудження нервової системи; втрата чи збільшення ваги; порушення сну.

г) духовне виснаження: прагнення до ізоляції; втрата морального духу; зниження самооцінки; збіднення емоційної модуляції; зміни в ідентичності, світогляді та духовності; втрата надії та смислу життя (екзистенційний відчай); образа на Бога; можлива відмова від Бога (за наявності в минулому зовнішньої та внутрішньої релігійної активності).

Стадії розвитку «втоми від співчуття»:

- 1) ентузіазм;
- 2) стагнація;
- 3) розчарування;
- 4) апатія.

Методи самодопомоги у випадку «втоми від співчуття» (за доктором медицини Ф. Ошберга):

Слід зробити:

- знайдіть когось, із ким можете поговорити про свій стан;
- зрозумійте, що біль, який ви відчуваєте, є нормальним;
- робіть фізичні вправи і правильно харчуйтеся;
- висипатися
- приділяйте собі час;
- розвивайте інтереси за межами професійної діяльності;
- виділіть, що є важливим для вас, і визначте пріоритети.

Не слід робити:

- звинувачувати інших;
- робити в цей час щось нове – шукати нову роботу, купувати нову машину, розлучатися або одружуватися;
- постійно скаржитися своїм колегам; працювати важче і довше;
- займатися самолікуванням;
- нехтувати власними потребами та інтересами.

Втома від співчуття може розвиватися у широкому спектрі професій системи «людина-людина».

Чинники, що збільшують ризик вторинної травматизації:

- 1) травмофокусована психологічна та психотерапевтична спеціалізація фахівців;

2) фізичне перезавантаження клієнтською практикою або кількістю запитів про допомогу;

3) здійснення самогубства клієнтом чи підопічним;

4) надання психологічних, психотерапевтичних, духовних, медичних та соціальних послуг людям із групи ризику або небезпечним особам;

5) постійна робота з людьми, що страждають від депресії;

6) психологічна робота з особами, що зловживають дітьми;

7) спеціалізація на психотерапії втрати, горя, горювання;

8) психологічна підтримка особи, в якій вмерла або вмирає дитина.

2. *Готуючись до відповіді на друге запитання необхідно звернути увагу на наступне:*

Через те, що соціальні працівники найбільше працюють з вразливими категоріями людей, постійно бачать «людську біду» – є дуже великий ризик особистісного вигорання/ виснаження. Як правило, дуже багато з них постійно скаржаться на поганий сон, на те, що не проходить головний біль, підвищену дратівливість у відносинах з дітьми, рідними, колегами по роботі тощо, а тому все частіше можна почути, що сил більше не залишилося, немає ніяких позитивних почуттів.... інколи так і хочеться сказати «я вигорів...»

Термін «вигорання» почали активно використовувати в середині 70-х років ХХ ст., а точніше, він був введений у 1974 році і має дуже цікавий переклад з грецької мови – «припинення горіння».

У світовій психіатрії явище вигорання отримало діагностичний статус «МКХ-10 10:273 – проблеми, пов'язані з труднощами в керуванні власним життям». Як свідчать дослідження Гарі Черніса, ризику вигорання найбільш підпадають:

- люди, котрі перевантажені відповідальністю й інтенсивно працюють;
- ті, хто прагнуть неодмінного успіху;
- котрі не мають інтересів, окрім роботи, або мають їх дуже мало;
- ті, хто впевнені, що вони є єдиними, хто може зробити цю роботу.

Можливими проявами напруженості є: *збудженість, підвищена дратівливість, занепокоєння, м'язова напруга, затиски в різних частинах тіла, пришвидшене дихання, серцебиття, підвищена стомлюваність.*

Вигорання – не лише результат стресу, передусім це наслідок некерованого стресу. Феномен «вигорання» виникає гостро, але проходить певні фази впродовж відносно тривалого періоду. Процес, який внаслідок стресів веде до вигорання, має, за Д.Міллером, кілька стадій.

1. Ентузіазм – тенденція бути надмірно корисним, надмірно ідентифікуватися з дітьми, клієнтами та мати нереалістичні очікування від роботи.

2. Стагнація – зменшення очікувань до нормальних пропорцій і вихід особистого невдоволення на поверхню (робота не компенсує того, що втрачено в житті).

3. Фрустрація – збільшення труднощів, поява невпевненості у власній компетентності, нудьга, зменшення толерантності, співчуття, початок уникання стосунків як механізм захисту.

4. Апатія – байдужість або депресія (пригнічення) як захист проти хронічної

фрустрації.

Вигорання – це не лише якийсь певний симптом, це – синдром, який поєднує кілька чинників. Вигорання – не епізод, а кінцевий результат «згорання до тла».

Ознаки **вигорання-виснаження**. Масlach та Джексон поділяють ознаки вигорання на три групи, тобто, вигорання, на їх думку, може спричинити:

- емоційне виснаження,
- деперсоналізацію
- зниження відчуття особистих досягнень

«Вигорання/виснаження» – це синдром, група симптомів, що з'являються разом. Однак усі симптоми ні в кого не виявляються одночасно, тому що вигорання – процес суцільно індивідуальний.

Вирізняють наступні стадії його протікання:

Перша стадія – на рівні виконання функцій: забування якихось моментів, говорячи побутовою мовою, провали в пам'яті (наприклад, чи внесений потрібний запис в документацію, чи ні), збої у виконанні яких-небудь рухових дій і т.д. Звичайно, на ці первісні симптоми мало хто звертає увагу, називаючи це в жарт «дівочою пам'яттю» чи «склерозом».

На другій стадії спостерігається зниження інтересу до роботи, потреби в спілкуванні (у т.ч. і вдома, і з друзями): «не хочеться бачити» тих, з ким фахівець спілкується за видом діяльності (школярів, хворих, клієнтів), «у четвер відчуття, що вже п'ятниця», «тиждень триває нескінченно», наростання апатії до кінця тижня, поява стійких соматичних симптомів (немає сил, енергії, особливо у кінці тижня, головний біль вечорами; «мертвий сон, без сновидінь», збільшення числа простудних захворювань);. Час формування даної стадії в середньому від п'яти до п'ятнадцяти років.

Третя стадія — власне особистісне вигорання. Характерна повна втрата інтересу до роботи і життя взагалі, емоційна байдужність, отупіння, відчуття постійної відсутності сил. Людина прагне до самоти. На цій стадії їй набагато приємніше спілкуватися з тваринами і природою, чим з людьми. Стадія може формуватися від десяти до двадцяти років.

3. Готуючись до відповіді на третє запитання необхідно зосередитись на наступному, що

До основних принципів психогігієни та психопрофілактики професійного вигорання можна віднести: принцип комплексності, принцип системності, принцип розвитку психіки та орієнтацію на ресурси особистості.

Рівні	Біологічна складова	Психологічна складова	Соціальна складова	Духовна складова
i				

Профілактичний	Забезпечення фізичних параметрів діяльності: свіже повітря; необхідне обладнання; Комфортні умови праці (або обмеження часу перебування в некомфортних умовах); зручний одяг тощо. Забезпечення фізіологічних параметрів життєдіяльності: достатній сон; якісне харчування; фізична діяльність; комфортні умови праці (або обмеження часу перебування в некомфортних умовах); зручний одяг тощо.	Забезпечення психологічних параметрів: відчуття безпеки і затишку, візуальний та акустичний комфорт. Супервізія. Психотренінги	Забезпечення соціальних потреб. Конструктивна оцінка діяльності. Новизна: залучення до нових тем та проектів. Спілкування з сім'єю та друзями. Заняття улюбленою справою, хобі (комп'ютер, фільми, книжки, вишивання, садівництво, рибальство, туризм тощо)	Відвідування мистецьких заходів. Спілкування з природою Підтримка членами релігійних спільнот
випуštění	Забезпечення фізичних параметрів для зняття напруження: прогулянки на свіжому повітрі; зручний одяг; комфортні умови праці. Забезпечення фізіологічних параметрів для зняття напруження: тривалий і якісний сон; збалансоване вітамінами і мінералами харчування (зокрема з вмістом магнію і вітаміну Е); ранкова гімнастика; танці; фітотерапія; масаж; ароматерапія; водні процедури(контрастний душ, сауна, басейн); заняття спортом; бодинаміка тощо	Забезпечення психологічних параметрів: гумор; уникнення або мінімізація конфліктів та невизначених обставин (особливо тих, що виходять за межі посадових обов'язків) та зайвої відповідальності; розвиток позитивного мислення (вміння помічати позитивні речі, а не зосереджуватися на негативі). Супервізія. Аутотренінг. Психотренінги	Конструктивно-стимульна оцінка діяльності; нагородження за ефективну діяльність. Новизна: зміна діяльності; відвідування професійних конференцій; подорожі. Спілкування з сім'єю та друзями. Заняття улюбленою справою: комп'ютер; фільми; книжки; вишивання; садівництво; рибальство; туризм тощо	Збалансування групової роботи та усамітнення (з домінуванням групової роботи). Відвідування мистецьких та духовних заходів. Відвідування цільових реколекцій. Духовнорелігійний супровід

Резистенція	Забезпечення фізичних параметрів: <ul style="list-style-type: none"> • збільшення часу сну; • розширення зони зовнішнього комфорту. Забезпечення фізіологічних параметрів: <ul style="list-style-type: none"> • збалансоване харчування; • додаткове вживання вітамінів; танцювальна терапія; • ароматерапія; бодинаміка; заняття спортом; масаж; відвідування сауни та басейну 	Супервізія. Психотренінги. Аутотренінг. Психотерапія	Скорочення прямого професійного навантаження; урізноманітнення діяльності; спілкування з людьми відповідно до інтересів. Поєднання навчання, оцінки й оновлення (досягається на виїзних заходах). Заняття улюбленою справою: комп'ютер; фільми; книжки; вишивання; садівництво; рибальство; туризм. Спілкування з сім'єю та друзями Публікації	Використання методів медитації, візуалізації (з використанням образів улюбленого куточка природи). Баланс групової роботи та часу усамітнення (з переважанням усамітнення). Участь у мистецьких та духовних заходах
Виснаження	Забезпечення фізичних параметрів: комфортні умови життєдіяльності; свіже повітря. Забезпечення фізіологічних параметрів: тривалий відпочинок санаторнокурортного типу, вживання лікарських препаратів, відновлювальні процедури	Бодинаміка. Психотерапія: клієнтцентрована; атр-терапія; духовноорієнтована; екзистенційна; тілесна тощо	Спілкування з сім'єю та друзями. Заняття улюбленою справою: комп'ютер; фільми; книжки; вишивання; садівництво; рибальство; туризм тощо. Зміна виду діяльності на період реабілітації (відмова від консультування та надавання професійної допомоги)	Духовнорелігійний супровід. Духовне відновлення. Перебування на природі

Література

Основна: 3,7,8

Допоміжна: 1,4-9

Інформаційні ресурси в інтернеті: 3-5

Семінарське заняття №2. Соціально-психологічна реабілітація осіб, що зазнали впливу чинників соціального стресу

Навчальна мета заняття: визначити рівень засвоєння матеріалу з даної

теми, рівень сформованості уявлень про особливості соціально-психологічної реабілітації осіб, що зазнали впливу чинників соціального стресу

Час проведення – 2 години

Навчальні питання:

1. Професійне вигорання як психофізіологічна проблема.
2. Психологічне вигорання в соціальних професіях.
3. Профілактика та подолання професійного вигорання.
4. Поняття секта, деструктивний культ, причини попадання до сект.
5. Особливості впливу на свідомість у тоталітарних сектах.
6. Особливості психологічної реабілітації жертв тоталітарних сект.

Методичні вказівки

1. При підготовки до відповіді на перше запитання здобувачам доцільно звернути увагу на те, що **Секта** (лат. *sequi* - рухатися за кимось, підкорятися; по інших даними - від *secare* - відрізувати, відокремлювати) – релігійна група, община або інша підгрупа, що відкололася від домінуючого релігійного напрямку.

Деструктивний культ – це будь-яка авторитарна ієрархічна організація (релігійна, політична, психотерапевтична, освітня або комерційна), що переслідує мету свідомого вбивства, доведення до самогубства або спричинення серйозної шкоди здоров'ю своїх adeptів або сторонніх людей. Вона практикує:

- а) обманне вербування;
- б) вдається до застосування контролю свідомості, щоб зберегти своїх послідовників залежними і покірними лідеру і доктрині.

Під **деструктивною сектою** розуміють очолювану харизматичним лідером або групою лідерів організацію, яка застосовує засуджувані в суспільстві методи по залученню, контролю і утриманню своїх членів усередині маніпулюючого середовища, що завдає збитку окремим особам, сім'ї і всьому суспільству в цілому.

Тоталітарними сектами, або деструктивними культами, називаються секти, які порушують права своїх членів і завдають їм шкоди шляхом використання певної методології, що називається «контроль свідомості».

Ознаки секти:

- у групі Ви знайдете саме те, що до цих пір марно шукали. Вона знає абсолютно точно, чого Вам не вистачає;
- вже перша зустріч відкриває для Вас повністю новий погляд на речі;
- світогляд групи приголомшливо просто і пояснює будь-яку проблему;
- в групі є вчитель, медіум, вождь або гуру. Лише він знає всю істину;
- світ котиться до катастрофи, і лише група знає, як можна врятувати його;
- ваша група – це еліта. Останнє людство важке боляче і глибоко втрачене: адже воно не співробітничало з групою або не дозволяло їй рятувати себе;
- група відмежовує себе від решти світу, наприклад одягом, їжею, особливою мовою, чіткою регламентацією міжособових стосунків;
- група бажає, щоб Ви розірвали свої „старі” стосунки, оскільки вони перешкоджають Вашому розвитку;
- група наповнює весь Ваш час завданнями: продажем книг або газет, вербуванням нових членів, відвідинами курсів, медитаціями;

- якщо Ви починаєте сумніватися, якщо обіцяний успіх не приходить, то винні завжди виявитися Ви самі, оскільки Ви нібито недостатньо багато працюєте над собою або дуже слабо вірите;

- група вимагає абсолютного і беззаперечного дотримання своїх правил і дисципліни, оскільки це єдина дорога до порятунку.

Причини, за якими люди попадають до сект:

- самотність та підвищення рівня життя (сектам потрібні багаті люди, точніше їх гроші, а почуття самотності підштовхує до тих, хто може тебе зрозуміти і прийняти таким, який ти є);

- перехідний період (як правило, супроводжується духовною кризою);

- боязкість відповідальності (вирішення власних проблем простіше перекласти на божество, духовного наставника чи вищі сили);

- пошук легких шляхів вирішення проблем (якщо звернутися до наставника, то він підкаже вирішення, а самому нести відповідальність за таке рішення не потрібно);

- прагнення вирватися з домашньої атмосфери (коли дома зовсім погано, можна піти туди, де тебе чекають і приймають з усіма твоїми радощами та негараздами).

Релігійні організації розвивають просвітницьку, благодійну та політичну діяльність. Однак у суспільстві поряд з позитивними результатами діяльності релігійних організацій постерігаються інші явища – порушення прав людини, протиправні дії, релігійний екстремізм. На деякі релігійні групи покладається відповідальність за дії своїх adeptів, що направлені проти суспільства та особистості. На відміну від традиційних релігій (православ'я, католицизм, мусульманство, іудаїзм, буддизм), широкого значення набувають і нетрадиційні релігійні угруповання.

2. Готуючись до відповіді на друге запитання необхідно звернути увагу на наступне:

Людині докорінно притаманне прагнення вірити у вищі, всемогутні сили, які захистять та підтримають її у важких життєвих ситуаціях. Люди впали в іншу крайність, їм стало байдуже у що і як вірити – тільки б вірити, тому велику кількість людей було залучено в різні секти та деструктивні культи, інші ж сліпо та гаряче повірили в чаклунів, магів, екстрасенсів і т.і.

Поміж цього віра стала даниною моди і що саме страшніше – предметом наживи деяких досить впливових та підприємницьких людей. В умовах постійно зростаючого життєвого темпу люди бачать для себе лише єдиний вихід в містичних переживаннях.

Висувається припущення, що **ключову роль для залучення до секти грають такі соціально-психологічні умови:**

– індивідуально-типологічна схильність, підвищений рівень мотиву афіляції (прагнення людини бути в суспільстві інших людей), неблагополучні соціальні фактори, кризова ситуація, вплив та сила групового натиску, майстерність adeptів, які володіють механізмами деструктивного впливу на особистість (контроль свідомості, маніпуляція, техніка зміни стану свідомості і т.і.);

– формування в групі атмосфери, яка забезпечує ілюзію, „досягнення істини”,

„здобуття щастя»;

- відсутність навиків чинити опір маніпулятивному натиску;
- деформованість Я-образу, який відповідає образу жертви, обманутої і нещасливої людини.

Секти роблять акцент на *проблеми індивідуальної відповідальності*, їх об'єднує одна функція – вирішення життєвих проблем *засобом підміни сенсу існування*, заміни, «соціального статусу» – релігійним.

Попадання в «секту» – це реакція на нігілізм і духовний вакуум. Як правило, в секти приходять люди, які неочікувано зіштовхнулися в житті з цим самим вакуумом. Відхід до секти робить людей соціально недієздатними – вони залишають, роботу, сім'ю, навчання.

Втягуючи до себе секта намагається всіляко *підтримати ілюзії, що ця людина дуже незвичайна особистість, що вона всім тут потрібна, і її тут всі люблять*. Спеціально підготовлені члени секти протягом тривалого часу відкрито говорять і навіюють жертві, що вона добра, гарна, що саме її тут чекали. І коли вербування приносить результати, *жертва стає членом секти, не маючи власної думки, поглядів і цінностей*, лідери секти легко піддають її подальшому впливу.

За свідченням представників Association pour la Sauvegarde de la Famille et de la Jeunesse, Herblay, France (французької Асоціації захисту сімей і осіб від згубного впливу сект), процес втягування нових adeptів до секти має ретельно розроблену стратегію і умовно поділяється на чотири етапи.

I етап (полестити та спокусити)

II етап (нейтралізуються психозахисні якості особистості та її здатність до критичного сприйняття дійсності).

III етап (закріплюється членство adeptа у групі, стимулюються соціальні розриви).

IV етап (передбачається зробити повернення до суспільства неможливим).

Внаслідок постійної психологічної обробки з боку лідерів у тоталітарних культах відбувається трансформація групової свідомості її членів і виникають певні моделі групового мислення. Розглянемо деякі з них.

1. Одностайність членів групи не спонтанна, а спланована і маніпулятивно реалізується лідерами культу. Харизматичний лідер формує навколо себе віддану верхівку (еліту), яка і є "групою ухвалення рішення", тобто процес реального ухвалення рішення відчужений від пересічних adeptів.

2. Деіндивідуалізація як результат прагнення членів культу до однорідності. Спростовуються усталені життєві принципи і "приймається" новий набір норм та стереотипів поведінки, що схвалені групою.

3. Регулярні спонтанні та короткочасні стресові ситуації ("провокаційні ситуаційні контексти") мають вигляд жорстокого соціального контролю, що використовується як інструмент почуття провини, страху та ганьби за власне минуле з метою створення постійного емоційного напруження і сподівання на привабливе майбутнє.

4. Передчасне погодження з думкою групи модифікується у беззастережну відповідність культовій доктрині. За умови відсутності можливості критикувати рішення еліти, необхідним стає неадекватне обожнювання як самої доктрини, так і

її носіїв: доктрина - єдиний шлях до правди, з нею мало погоджуватися, їй необхідно повністю відповідати.

3. *Готуючись до відповіді на третє запитання необхідно зосередитись на наступному, що глибокі патологічні зміни в психічному житті людини, організовані за період її перебування в секті з метою глибинного перетворення свідомості, для нормалізації якої потребують направлених професійних зусиль; оскільки сектою була проведена серія впливів для досягнення інтелектуальної залежності особистості. Одночасно прогресувало і навіювання, оскільки мало місце тренування щойно створених домінант.*

Коли вивід з секти здійснюється не спеціалістами, а *батьками чи родичами*, то зазвичай їм здається, що якщо досить аргументовано роз'яснити всю абсурдність сектантський представлень та вимог, то „потерпілий” усвідомить помилковість своїх уявлень, хибність попередніх дій та змінить свою поведінку. Частіше всього це ілюзія. *Перекопати сектанта – марна справа.* Логіка та звернення до здорового глузду не допомагають, а навпаки заставляють його ще більше замкнутись. Не дають результат і всілякі погрози. Мозок людини вже *запрограмовано*. *Можлива програма дій суспільства по відношенню до секти розіграна у всіх мислимих варіантах і закладається у свідомість її члена зарання.*

На *першому етапі реабілітації* стратегія поведінки з постраждалим потребує **терпіння** – ні в якому разі не провокувати конфлікти. Будь-який натиск чи жорсткий контроль зі сторони батьків в цей період може викликати і негативну реакцію. В секті привчили людину до того, що *поруч завжди є хтось, хто приймає рішення за нього*. І тому невідкладним завданням є – знову **повернути людині здатність самотійно міркувати** про прийнятті та своєчасності тих чи інших положень, вчинків та подій реального життя.

На цьому етапі реабілітації **дуже важливо зробити очищення організму**: в секті для впливу на важкодоступні прошарки підсвідомості нерідко застосовують наркотики чи інші фармакологічні засоби, що в декілька раз підвищують ефективність впливу. Тому не слід забувати, що після впливу секти можливості людини від хронічного отруєння понижені, хоча сама людина цього не відчуває.

На *другому етапі* лише після достатньої тілесної нормалізації можна продовжувати реабілітацію – **діяти на емоційному рівні**. Потрібно спробувати відтворити старі почуття. Іноді просвітленню свідомості допомагає прямий фізичний контакт з близькою людиною чи батьками. Ще однією **проблемою реабілітації** є «**відходження**», тобто вже поза сектою тимчасово повертатися до психічного стану та образу життя, яке виникло під натиском секти. Оскільки під час приймання участі у релігійних ритуалах секти, *людина реагує не лише на слова, а на цілий комплекс супроводжуючих подразників*: на голос, міміку, інтонацію, вираз очей, жести. Тому для початку стає можливим перехід до фази **розвінчування** поки що не самої секти, але її **атрибутики**, яка до цього мала виключне значення. Корисно привести дані, що Біблія (чи інші канони світових релігій) в сектах використовуються тільки для того, щоб виправдати свої дії. Тут слід показати різницю між релігійним тлумаченням тексту і взятим з нього з метою інтерпретації канону шляхом прочитання в ньому власних ідей.

Третій етап полягає в тому, щоб закріпити пройдене.

Методи реабілітації: бесіда, лекція, переконання, навіювання, бібліотерапія, арттерапія, працетерапія, логотерапія (словолікування – рефлексивний пошук особистістю з допомогою психотерапевта високого екзистенційного смислу свого життя).

Засоби реабілітації: книги, відеоматеріали, аудіозаписи, листи постраждалих.

Література

Основна: 3,7,8

Допоміжна: 1,4-9

Інформаційні ресурси в інтернеті:3-5

Тема № 9 Особливості соціально-психологічної реабілітації дітей-соціальних сиріт

Семінарське заняття. Особливості соціально-психологічної реабілітації дітей-соціальних сиріт.

Навчальна мета заняття: визначити рівень засвоєння матеріалу з даної теми, рівень сформованості уявлень про особливості соціально-психологічної реабілітації дітей –соціальних сиріт.

Час проведення – 2 години

Навчальні питання:

1. Соціальне сирітство. Визначення, особливості та види.
2. Психолого-педагогічна характеристика дітей, виховання яких відбувається поза родиною.
3. Основні методи соціально-психологічної реабілітації дітей соціальних сиріт.

Методичні вказівки

1. При підготовки до відповіді на перше запитання здобувачам доцільно звернути увагу на те, що проблема сирітства сьогодні існує у кожній країні світу і, звичайно, залишається важливим питанням для українського суспільства. Сьогодні під сирітством науковці розуміють соціальне явище, яке характеризує особливий стан дитини, яка тимчасово чи постійно перебуває поза сімейним оточенням внаслідок втрати батьків, а також дитини, яка з певних причин чи власних інтересів не може залишатися в сімейному оточенні та потребує захисту чи допомоги з боку держави.

Соціальні сироти - це особлива соціально-демографічна група дітей, які внаслідок соціальних, економічних та морально-психологічних причин залишились сиротами при живих батьках. До них належать і безпритульні та бездоглядні діти, тобто діти вулиці.

Соціальне сирітство — це соціальне явище, яке виникло у ХХІ столітті, спричинене ухиленням або відстороненням батьків від виконання батьківських обов'язків, по відношенню до неповнолітньої дитини.

В Україні феномен соціального сирітства за період незалежності набув великого обсягу в зв'язку з трудовою імміграцією яка охопила усі регіони країни.

Сирітство буває двох видів: біологічне або природне та соціальне.

Природні сироти – це ті діти, які залишилися без батьків через їхню смерть.

Соціальні сироти – це діти, які залишилися без належного піклування при живих батьках.

Кількість соціальних сиріт в Україні сьогодні значно перевищує кількість тих дітей, які не мають живих батьків.

На сьогоднішній день в Україні до соціальних сиріт відносять такі групи неповнолітніх як:

- Безпритульні діти – діти, які не мають постійного місця проживання у зв'язку із втратою батьків, асоціальними формами поведінки дорослих в сім'ї;
- Діти, яких вигнали з дому батьки;
- Бездоглядні діти – діти, які мають певне місце проживання, але вимушені перебувати на вулиці в результаті матеріальної неспроможності опікунів (родичів, бабусь, дідусів), психічних розладів батьків, байдужого ставлення останніх до виховання дітей;
- Діти-втікачі із виховних установ – діти, які зазнали психологічного, фізичного, сексуального насильства в закладах інтернатного типу та притулках;
- Діти-втікачі з зовні благополучних сімей – діти з високим рівнем конфліктності, патохарактерологічними особливостями, відхиленнями у психологічному та особистісному розвитку;
- Діти, які за своїми психологічними ознаками схильні до постійного перебування на вулиці – діти, позбавлені систематичного батьківського піклування; аутсайтери шкільних колективів;
- Діти з яскраво вираженими ознаками важковиховуваності, діти з діагнозом дромоманія – схильність до бродяжництва та подорожування.

Причини соціального сирітства:

- низький матеріальний рівень життя багатьох сімей, безробіття обох чи одного з батьків;
- зайнятість батьків «човниковим бізнесом», що вимагає частої і довготривалої відсутності батьків;
- відсутність постійного житла (малозабезпечені сім'ї продають житла для забезпечення засобів існування, заздалегідь виписуючи дітей та залишаючи їх без даху над головою);
- асоціальний спосіб життя одного або обох батьків (пияцтво наркоманія, проституція, участь у протизаконній діяльності);
- примушення дітей до жебрацтва з боку дорослих членів родини;
- різноманітні форми насильства над дітьми в сім'ї та державних закладах опіки;
- послаблення функцій державних установ, покликаних займатися вихованням та навчанням дітей;
- погіршення умов утримання дітей у державних закладах;
- зменшення кількості кризових сімей;
- алкоголізація та наркоманізація населення;
- послаблення моральної відповідальності батьків за виховання дітей

2. Готуючись до відповіді на друге запитання необхідно звернути увагу на наступне:

Розвиток дітей, які виховуються без батьків, має свої особливості і відрізняється від розвитку дітей, виховання яких проходить у родинному колі. Умовно відмітні риси можна поділити на 3 групи: *психолого-фізіологічні аспекти розвитку; процес формування та встановлення міжособистісних стосунків у соціумі; становлення емоційно-вольової та інтелектуальної сфер особистості.*

Вікові особливості розвитку дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування

Віковий період	Характерні особливості
Дошкільний вік	Домінує потреба у доброзичливому ставленні, увазі з боку дорослих Знижена пізнавальна активність Відставання у розвитку мовлення Затримка психічного розвитку Відсутність навичок спілкування Конфліктність у взаєминах з однолітками
Молодший шкільний вік	Специфічні відхилення у розвитку інтелектуальної та мотиваційної сфер Нерозвинена здатність до саморегуляції, планування своїх дій Відставання в оволодінні навичками читання й письма Байдуже ставлення до оточуючих Відсутність адекватного ставлення учня до вчителя
Підлітковий вік	Жорстокість, агресивність, апатія, депресивність Порушення дисципліни Інтелектуальна недостатність Підвищений дефіцит спілкування з дорослими Стан безпорадності

Фізіологічні, психологічні та емоційні особливості дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування

Негативні особливості	Причини негативних проявів
Проблеми внутрішньоутробного розвитку дитини.	Небажана вагітність, спотворення життєво важливої взаємодії під час внутрішньоутробного розвитку між матір'ю та дитиною.
Наслідкові фактори та анатомофізіологічні порушення центральної нервової системи	Спадкова обтяжливість алкоголізмом, наркоманією.
Зниження антропометричних показників фізичного розвитку	Дизонтогенетичний розвиток, неврологічні та соматичні патології
Депривація (материнська, сенсорна, психологічна, емоційна, соціальна тощо)	Неможливість задоволення основних життєвих потреб; відсутність спілкування з біологічними батьками; деформація родинних зв'язків через важке минуле; дефіцит любові, ласки, уваги
Специфічні порушення розвитку шкільних навичок – дислексія, дисграфія, дискалькулія	Граничні інтелектуальні розлади
Знижені комунікативні можливості	Дефіцит адекватного спілкування з дорослими; закритий колектив; постійне перебування у вузькому комунікативному просторі

Почуття відчуження, байдужості	Гальмування фізичної, розумової та емоційної активності
Несформованість образу «Я», що замінений феноменом «Ми»	Низькорозвинений механізм активної, ініціативної, вільної поведінки, відсутність власних речей (крім одягу та предметів особистої гігієни); підвищення почуття тривожності, орієнтація на ворожість соціуму; закомплексованість, емоційне незадоволення
Неадекватна самооцінка	Ослабленість внутрішньої позиції, емоційна спрощеність, звуженість бачення перспектив, прояв залежності та імпульсивності у поведінці
Домінування захисних форм поведінки, поділ оточуючих на «своїх» і «чужих»	Бідна емоційна сфера
Педагогічна занедбаність	Вплив середовища, де виховується дитина-сирота

Діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування, мають ряд особливостей, які виявляються в:

– *інтелектуальному розвитку* (найчастіше за все не вміють застосовувати наявні знання для вирішення проблем, що постають перед ними, їм легше працювати за зразком; мінімальна вираженість пізнавальної потреби; при нормальному рівні інтелекту він не застосовується повністю ні в навчальній діяльності, ні в життєвих ситуаціях);

– *мотиваційній сфері* (чітке вираження домінування бажань, пов'язаних безпосередньо з їхнім повсякденним життям; переважають мотиви, пов'язані із сьогодинішнім днем чи найближчим майбутнім; спостерігається звуження часової перспективи);

– *розвитку «Я-концепції»* (діти-сироти більш інфантильні, залежні у проявах поведінки, самооцінці від оточуючих, ніж діти, що виховуються у родинному середовищі; на відміну від «домашніх» дітей, які виражають своє прагнення бути самостійними і незалежними, виявляють активний протест проти контролю, діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування, визнають необхідність опіки та контролю над собою);

– *процесі становлення самооцінки* (у дітей з родини найчастіше позитивна і має більш складний характер, ніж у дітей-сиріт, в яких ставлення до себе має однозначний характер; у дітей-сиріт досить часто спостерігається дискомфорт успіху, оскільки їм важливіше зберегти звичне ставлення до себе, нехай навіть негативне, ніж мати невизначене уявлення про себе; розвиненість почуття «ми», орієнтація у самооцінці на думку інших);

– *розвитку гендерної ідентичності* (досить часто відчують труднощі у створенні власної родини; спостерігаються проблеми у формуванні статево-рольової поведінки; ранній початок статевого життя; безвідповідальність в уявленнях про майбутню родину і батьківство);

– *спілкуванні з дорослими й однолітками* (почуття недовіри, несформовані повноцінні емоційно насичені контакти з дорослими та однолітками; часті

випадки прояву агресії, як наслідок – незадоволення потреби у любові; прояв залежності, найчастіше негативного характеру, від дорослих).

4. *Готуючись до відповіді на третє запитання необхідно зосередитись на наступному, що успіх процесу реабілітації дітей-сиріт та дітей, які залишилися без піклування батьків, може бути досягнутий лише за умови комплексного застосування всіх складових.*

Психолого-педагогічна діагностика дітей-сиріт та дітей, які залишилися без піклування батьків. Найбільш інформативними є метод опитування і тестування вихованців-підлітків, оскільки вони за короткий час дають можливість отримати необхідну кількість даних про дитину-сироту або дитячий колектив взагалі. Але ці методи дають можливість дізнатися лише про те, що діти хотіли сказати, а не дійсний стан речей. Тому, на наш погляд, доцільно в педагогічній практиці паралельно використовувати також педагогічне спостереження, яке дозволяє уникнути даних недоліків.

Основною формою діагностики повинна залишатися ігрова форма, а самі тестові завдання повинні бути такими, щоб безпосередньо приваблювати до себе увагу і викликати інтерес дитини.

Психолого-педагогічна корекція. Серед найбільш ефективних методів корекційної роботи з вихованцями-підлітками можна виділити: арттерапію, музикотерапію, танцювальну терапію, малювання, вигадкування історій, казкотерапію та ігротерапію.

Соціально-педагогічна профілактика.

Форми соціально-педагогічної профілактики:

1) організація конкурсів проектів та агітаційних матеріалів (буклетів, плакатів, листівок) з профілактики шкідливих звичок у дітей-сиріт, їх деприваційних та дезадаптивних відхилень;

2) залучення різних соціальних інститутів до процесу соціалізації дітей-сиріт та дітей, які залишилися без опіки батьків;

3) проведення масових профілактичних свят, конкурсів, спортивних змагань, театралізованих дій, спрямованих на розвиток соціальної адаптації, реабілітації та попередження криміналізації дітей-сиріт;

4) організація показу в закладі відео- та кіноматеріалів з профілактики негативних явищ серед дітей даної категорії;

5) проведення діагностичних обстежень дітей-сиріт з метою виявлення причин та умов, що сприяють виникненню негативних явищ у молодіжному середовищі. Підготовка відповідних висновків і рекомендацій з цих питань.;

6) організація і проведення вечорів запитань і відповідей, зустрічей з працівникам правоохоронних органів, лікарями, психологами з метою підвищення правових, валеологічних, психологічних знань вихованців.

Психолого-педагогічне консультування. Досвід роботи з дітьми-сиротами та дітьми, які залишилися без піклування батьків, дозволяє виділити шість прорангованих вихованцями смислових блоків консультаційної роботи педагога :

1. Сімейно-побутовий;
2. Психофізичний;
3. Соціально-психологічних відносин;

4. Навчально-виховний;
5. Професійно-трудоий;
6. Життєвих планів і перспектив особистісного розвитку.

Соціально-педагогічний захист. Організуючи роботу з соціально-педагогічного захисту вихованців, педагог повинен враховувати: сфери життєдіяльності дітей (місце проживання і навчання, дозвілля); актуальні і найбільш розповсюдженні соціальні та психологічні проблеми дітей-сиріт та дітей, які залишилися без піклування батьків (питання правового захисту, профілактики деприваційних відхилень, проблеми стосунків з оточуючими людьми, проблеми ставлення до своєї особистості, адекватного оцінювання власних здібностей і можливостей).

Література

Основна: 1-3,7,8

Допоміжна: 2,7,8,9

Інформаційні ресурси в інтернеті 1.

Тема № 10 Особливості соціально-психологічної реабілітації постраждалих в наслідок бойових дій.

Семінарське заняття №1. Особливості соціально-психологічної реабілітації постраждалих в наслідок бойових дій.

Навчальна мета заняття: визначити рівень засвоєння матеріалу з даної теми, рівень сформованості уявлень про особливості соціально-психологічної реабілітації постраждалих в наслідок бойових дій.

Час проведення – 2 години

Навчальні питання:

1. Наслідки впливу стресових факторів в умовах ведення бойових дій.
2. Психологічна допомога військовослужбовцям, що виконують свій обов'язок у зоні бойових дій
3. Психологічна допомога ветеранам війни.
4. Соціально-психологічна допомога особам, що пережили полон та тортури.
5. Психологічна допомога родинам військовослужбовців і ветеранів
6. Психологічна допомога внутрішньо переміщеним.

Методичні вказівки

1. При підготовки до відповіді на перше запитання здобувачам доцільно звернути увагу на те, що за умовами й часом появи психічні розлади, пов'язані з виконанням бойових завдань, прийнято поділяти на наступні групи:

1. Психогенії, які виникають внаслідок отримання психічної травми у відносно короткий проміжок часу (практично у момент виникнення психотравмуючої ситуації) – несподіваний вибух, рикошет кулі, легке поранення й т.п.

Симптоми психічних розладів, викликаних високою нервово-психічною напругою безпосередньо в ході виконання службово-бойових завдань, поділяються на:

– поведінкові реакції;

- психічні реакції;
- соматичні реакції.

2. До другої групи відносяться психогенії, які розвиваються відносно тривалий час під впливом слабких, але постійно діючих психотравмуючих факторів. До цього випадку застосовується термін “бойове виснаження”, що означає розлади психіки, які викликані тривалим перебуванням особи в екстремальних умовах службової діяльності.

3. В окрему групу можна виділити посттравматичні стресові розлади (ПТСР). До основних симптомів таких розладів відносяться:

До характеристик психотравмуючої події відносять:

- ступінь загрози життю;
- важкість втрат;
- раптовість події;
- ізоляваність у момент події від інших людей;
- ступінь впливу навколишнього оточення;
- наявність захисту від можливого повторення психотравмуючої події;
- моральні конфлікти, пов'язані з подією;
- пасивна або активна роль людини в цій ситуації;
- безпосередні впливи даної події.

2. *Готуючись до відповіді на друге запитання необхідно звернути увагу на наступне:*

Психологічна допомога військовослужбовцям це комплекс організаційних, психологічних, медичних та інших заходів, спрямованих на забезпечення успішного подолання воїнами обставин сучасного бою, які травмують психіку задля збереження боєздатності та попередження розвитку в них посттравматичних психічних розладів.

Психологічна допомога військовослужбовцям включає психологічну підтримку і психологічну реабілітацію.

Психологічна підтримка спрямована на активізацію наявних психічних ресурсів та на створення додаткових ресурсів для забезпечення активних дій особового складу в умовах сучасного бою.

Психологічна реабілітація військовослужбовців - це специфічний вид психологічної допомоги, що надається воїнам, які переживають гострі чи хронічні адаптаційні розлади.

Мета психологічної допомоги військовослужбовцям, котрі виконують свій обов'язок у зоні бойових дій – сприяння адаптації особового складу до екстремальної ситуації, профілактика психічних розладів, зумовлених перебуванням військовослужбовців у зоні бойових дій, поліпшення фізичного, психічного та особистісного функціонування військовослужбовців.

Психолог як фахівець з організаційної психології аналітик.

Значне місце в роботі психолога з військовослужбовцями займає **психологічна просвіта**. Вона потрібна для того щоб люди розуміли, що з ними відбувається в екстремальній ситуації, як можна допомогти собі й бойовим побратимам у складних випадках.

Від психологічної просвіти переходимо до **психодіагностики**. Розповідь про те, що відбувається на кожному етапі переживання психотравми дає можливість слухачам здійснювати самодіагностику.

Психологічну реабілітацію військовослужбовців у період відновлення доцільно проводити в такій послідовності: робота з тілом, формування навичок самодопомоги, тілесно-орієнтована терапія, дихальні техніки, релаксаційні тренінги тощо.

Робота в групі спрямована на з'ясування проблематики пригадування травмивних подій, полеглих побратимів, обговорення корисних стратегій подолання наслідків екстремальних подій тощо.

Індивідуальне консультування з метою відпрацювання негативних почуттів та станів та актуалізації ресурсних станів. Для реалізації останнього завдання добре застосовувати арттерапевтичні методи. Зазвичай робота у період відновлення закінчується екзистенційним етапом.

Важливим напрямком роботи психолога є формування в особового складу **навичок самодопомоги**.

3. Готуючись до відповіді на третє запитання необхідно зосередитись на наступному, що психологічний стан ветерана визначають такі чинники:

- особистісні якості;
- особливості травмивного досвіду; наявність та характер психотравми отриманої в дитячому віці;
- акумульовані протягом життя соціальні моделі, зокрема життєві стратегії та сценарії;
- соціальне середовище, зокрема соціальна підтримка, соціальна допомога;
- професійна реалізація.

Згідно з положеннями нового підходу сучасні системи надання реабілітаційних та соціальних послуг мають спиратися на такі принципи:

- персоніфікований підхід до учасників бойових дій;
- простота та ефективність управління та організації;
- прозорість та публічність;

максимальне використання потенціалу самоорганізації ветеранів та фахівців;

використання провідного світового досвіду як у сфері адміністрування суспільних процесів, так і в сфері надання реабілітаційних послуг учасникам бойових дій.

Стратегії взаємодії учасників реабілітаційного процесу.

Рівні реабілітації	СТРАТЕГІЇ ВЗАЄМОДІЇ УЧАСНИКІВ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ
Невідкладна психологічна допомога: 1. Первинна допомога. 2. Скринінг. 3. Кризове втручання (за необхідності)	Директивні стратегії («батько», «брат»), що забезпечує чітке інструктування стосовно дій потерпілого і чітку регламентацію щодо його подальшого психологічного відновлення
Перший реабілітаційний рівень 1. Психодіагностика. 2. Сприяння адаптації та реадаптація ветерана до нових умов у	Демократичні стратегії («побратим», «сестра») лежать в основі принципу взаємодопомоги «рівний-рівному» і

післявоєнному соціумі. 3. Психосоціальний супровід	передбачають демократичну комунікативну міжособистісну взаємодію з психологом, соціальним працівником, медиком тощо
Другий реабілітаційний рівень: 1. Психодіагностика. 2. Психологічне консультування (індивідуальне, групове, сімейне). 3. Психологічний супровід	Авторитарні стратегії («батько», «мати») та директивні («батько», «брат») дозволяють за рахунок знань, умінь та професійних навичок консультанта в короткий термін отримати позитивні результати у подоланні психологічних проблем ветерана, обумовлених його запитом
Третій реабілітаційний рівень: 1. Психодіагностика 2. Психотерапія (індивідуальна, групова, сімейна)	Використовуються всі типи стратегій залежно від психотерапевтичного підходу
Четвертий реабілітаційний рівень: медико-психологічна допомога	Авторитарні стратегії («батько», «мати») стосуються взаємодії з медичним персоналом, а також усі типи стратегій залежно від психотерапевтичного підходу, в якому надається психологічна допомога

Література

Основна: 3, 5-8

Допоміжна: 3, 8, 9

Інформаційні ресурси в інтернеті: 2-6

Тема № 10 Особливості соціально-психологічної реабілітації постраждалих в наслідок бойових дій.

Семінарське заняття №2. Особливості соціально-психологічної реабілітації постраждалих в наслідок бойових дій.

Навчальна мета заняття: визначити рівень засвоєння матеріалу з даної теми, рівень сформованості уявлень про особливості соціально-психологічної реабілітації постраждалих в наслідок бойових дій.

Час проведення – 2 години

Навчальні питання:

1. Наслідки впливу стресових факторів в умовах ведення бойових дій.
2. Психологічна допомога військовослужбовцям, що виконують свій обов'язок у зоні бойових дій
3. Психологічна допомога ветеранам війни.
4. Соціально-психологічна допомога особам, що пережили полон та тортури.
5. Психологічна допомога родинам військовослужбовців і ветеранів
6. Психологічна допомога внутрішньо переміщеним.

Методичні вказівки

1. При підготовці до відповіді на четверте запитання здобувачам доцільно звернути увагу на те, що фактично всі особи, що були в полоні, пережили ті чи інші форми тортур, проте, незважаючи на масштаби цієї проблеми, державної програми комплексної соціально-психологічної допомоги та реабілітації в Україні сьогодні все ще немає. Реабілітаційні послуги в основному лягли на плечі волонтерів та неурядових організацій

Торттури – це гіперекстремальна ситуація, що призводить до важких психічних та емоційних наслідків незалежно від психологічного стану особи до катувань.

Психологічні наслідки тортур розвиваються у контексті особистого сприйняття ситуації, рівня розвитку особистості та соціальних, політичних і культурних чинників. Не всі форми катувань мають однакові наслідки.

Катування, однак, відрізняються від інших форм травмивного впливу, оскільки – це крайній вияв насильства, як фізичного, так і психологічного, що в більшості випадків має специфічний соціальний і політичний контекст, а також чітку політичну мету.

Хоча посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) найбільше розповсюджений наслідок тортур, багато дослідників сходяться на думці, що перелік симптомів ПТСР не достатній, аби описати наслідки катувань.

Комплексний синдром ПТСР передбачає наявність хронічної симптоматики, затяжної депресії, важку регресію, ангедонію й алекситимію, а також схильність до повторної травматизації на фоні втрати ідентифікації та глибинних соціальних порушень у потерпілого.

На основі наявної, емпірично підтвердженої, документації щодо зв'язку між стресом та дисоціативними розладами можна стверджувати, що найбільш радикальні форми травмивного досвіду, включно з досвідом катувань, призведуть до більш інтенсивної дисоціативної симптоматики, ніж інші форми травмивного досвіду. Незбагненно жорстокі, принизливі види фізичних та психологічних тортур (у контексті абсолютної невизначеності, відчуття повної безпорадності і відсутності контролю над подіями) перешкоджають своєчасному опрацюванню та свідомій інтеграції в життєву історію пережитого.

Після звільнення з полону в потерпілого тривалий час можуть зберігатися набуті в полоні стратегії виживання, що часто призводить до додаткових ускладнень у процесі повернення до життя в суспільстві.

Торттури – це дії, що умисно здійснюються однією людиною щодо іншої, коли в ката завжди є необмежена влада та контроль над жертвою, а жертва безпорадна, і в неї немає жодних можливостей захистити себе.

Торттури – це найстрашніша форма зла, що запускає в постраждалого механізми руйнування базової довіри до світу.

Під час тортур у заручника часто виникає «дилема вибору», коли людина може бути покарана за будь-яку вчинену або не вчинену дію чи прояв. Тому полонений намагається обмежувати свої дії, що допомагає йому вижити в полоні, але після звільнення ускладнює соціалізацію. Надзвичайно інтенсивно в людей, що пережили полон, проявляється комплекс провини та сорому.

У потерпілих часто з'являється почуття провини за власні дії та реакції (я поведився/ поведилася не гідно, я зрадив своїх, свою батьківщину, виконав принизливу вимогу тощо) і почуття провини за те, що вижив. При цьому у військових спостерігається значно суттєвіша інтенсивність проявів сорому та провини, ніж у цивільних заручників. Комплекс провини накопичується тому, що для деякого з потерпілих провинна – єдина можливість не визнавати ситуацію своєї абсолютної вразливості.

Після звільнення з полону названі механізми продовжують функціонувати. Факт насильницького утримання може глибоко вплинути на родину потерпілого, на близькі стосунки між подружжям, батьками та дітьми. Інші члени сім'ї також травмовані й не завжди можуть підтримати постраждалого, оскільки, по-перше, вони самі потребують підтримки, а, по-друге, близькі люди, зазвичай, надто сильно включаються в травмівну ситуацію і не завжди можуть допомогти іншому.

Дружину (чоловіка) особи, що піддавалася тортурам, варто залучати до терапії як помічника та ресурс. проте це не завжди можна реалізувати, оскільки партнери потерпілих часто самі потребують психологічної допомоги.

Важливо, щоб члени сім'ї:

- були обізнані щодо психологічних особливостей ситуації;
- навчилися говорити про власні переживання;
- визначили тригери та ситуації, що викликають додаткову травматизацію;
- відпрацювали стратегію подолання кризи (головним інструментом тут буде посилення вже наявного потенціалу родини).

Байдужість психотерапевта щодо клієнта, який пережив катування – ознака синдрому вигорання, а нейтралітет терапевта – свідчення захисту від почуття страху, безпорадності або безсилля. нейтральне ставлення до клієнта, що пережив тортури, може виявитися шкідливим: не достатньо емпатійного терапевта клієнт може сприймати як нового мучителя.

Під час терапії потерпілі часто демонструють потребу відкритої підтримки, емпатійності терапевта. Завжди, особливо на початку терапії, постраждалим потрібна психологічна просвіта, щоб пояснити суть проблеми, особливості та мету терапії. Уже протягом перших інтерв'ю з жертвою катувань необхідно визначити терміни проведення сесій, сказати, наскільки важлива кожна сесія.

2. Готуючись до відповіді на п'яте запитання необхідно звернути увагу на те, що у кожній країні світу підписання контракту чи призов солдата на військову службу є стресом для родини. Сім'я часто відчуває, що її затагує вир наслідків, що їх вона не обирала, або на які не погоджувалася. Щодня така родина приносить значні жертви.

До прикладу:

- сім'я функціонує без одного з батьків (чоловіка чи жінки) тривалий час у період підготовки або виконання бойового завдання;
- сім'ї часто не вистачає військовослужбовця у свята, дні народження і спеціальні події, на яких він не може бути присутнім, перебуваючи далеко на навчанні або виконуючи бойове завдання;
- якщо військовослужбовець навіть живе з родиною, то його робочий день невнормований;
- сім'я налаштована на сприйняття військової служби понад усе і на функціонування за умов відсутності одного з її членів;
- кожний член сім'ї переживає дистрес, тому що близька людина може не повернутися з війни чи з бойового завдання, або повернутися змінена – психологічно і/або фізично.

Після бойового завдання або військової служби людина загалом повертається іншою – фізично й емоційно. Важливо зазначити, що на відміну від

колишніх воєн, більше ветеранів повертаються додому, переживши рани й травмування, які могли б у минулому бути смертельними; зазнавши при цьому більше політравмівних ушкоджень: множинних ампутацій, черепно-мозкових травм, важких травм обличчя тощо.

Будь-які тілесні ушкодження впливають на психіку людини, до цього додаються невидимі моральні травми від споглядання наслідків війни, стреси, пов'язані із загальними аспектами служби у збройних силах. Відрядження для виконання бойових чи службових завдань сьогодні є реальністю військової служби. Розлука позбавляє членів сім'ї повсякденного спілкування, але не обов'язково негативно впливає на загальне задоволення або якість подружніх стосунків.

Було встановлено, що риса, яка допомогла дружині впоратися без чоловіка, а саме – незалежність, стає тим руйнівним чинником, що спричиняє найбільші проблеми при возз'єднанні сім'ї. Отже, конструктивний механізм в умовах тимчасової відсутності чоловіка стає деструктивним механізмом після його повернення і спроби реінтегруватися в родину. Оскільки розлука в сім'ях військовослужбовців буває дуже часто, це майже норма, деякі дослідження показують, що вона здатна допомагати сім'ям стати стійкішими і творчими у підходах до подолання відчуженості.

3. Готуючись до відповіді на шосте запитання доцільно звернути увагу на те, що для здійснення якісної психологічної реабілітації психотравмованих осіб, що зазнали вимушеного переселення, необхідно, в першу чергу, враховувати їхні потреби. Фахівці Державної служби надзвичайних ситуацій (ДСНС), що працюють із внутрішньо переміщеними особами зі східних регіонів України виділяють такі проблеми переселенців:

- перебування в постійному стресі (внаслідок отриманої інформації від близьких та рідних, що залишилися в сірій зоні чи в зоні бойових дій);
- підвищена тривожність та страх (психологічні травми проявляються через невпевненість у майбутньому; як результат інформаційного дисонансу, обумовленого різними (часто суперечливими) повідомленнями із місцевих ЗМІ, від родичів та знайомих);
- гіперболізоване відчуття справедливості (будь-яка затримка соціальних виплат сприймається не лише як порушення прав, але й як особиста образа);
- конфронтація між місцевими мешканцями та тимчасово переміщеними особами внаслідок відчуття чужорідності та ворожості;
- фіксація на втратах і обмеження комунікацій скаргами. Потрібно зазначити ще один суттєвий фактор, що деструктивно впливає на особистість – пережите сексуальне насилля та відсутність у подальшому соціальної підтримки, зв'язку зі спільнотою.

Варто зазначити, що організації і служби допомоги вимушеним переселенцям на перших етапах допустили низку помилок, а саме:

- а) вся допомога зводилася до забезпечення продуктами, одягом, місцем проживання;
- б) психологічна допомога обмежувалася масово-розважальними заходами та вислуховуванням претензій і скарг;

в) мало уваги надавалося позитивним аспектам облаштування на новому місці й розвитку активної позиції під час входження в нову громаду (мотивація на пошук роботи, сталого помешкання для сім'ї, на самостійне забезпечення родини тощо).

Загальні принципи допомоги вимушеним переселенцям розглядають через застосування правила: *«Дивитися – Слухати – Спрямовувати»*.

Кожна зона зосередження передбачає з'ясування фахівцем чи волонтером потреб, важливих для відновлення життєдіяльності особи.

ДИВИТИСЯ: ЗОНА ПРИВЕРНЕННЯ УВАГИ Стосовно ситуативних переселенців (у зоні екстремальних ситуацій):

- голод, спрага, втома, поранення, травматизація, хвороба;
- одяг, речі першої необхідності;
- зв'язки з родиною, соціальні зв'язки (односельці, сусіди з однієї вулиці, однокласники тощо); діти бе
- з супроводу дорослих;
- нестабільні емоційні реакції, що діагностуються візуально.

Стосовно вимушених переселенців (у зоні постійної дислокації):

- голод, втома, доглянутість;
- відповідність одягу стосовно сезону та погоди;
- охайність;
- комунікативні прояви взаємодії між членами родини;
- емоційні прояви.

СЛУХАТИ: ЗОНА З'ЯСУВАННЯ ПОТРЕБ Для ситуативних переселенців (у зоні екстремальних ситуацій):

- наявність страху та відчуття небезпеки;
- потреба в психологічній підтримці;
- потреба конкретної допомоги;
- специфічні потреби (наприклад, у хворих на цукровий діабет, вагітних жінок тощо).

У дітей, яких не супроводжують дорослі, необхідно отримати максимальну інформацію стосовно членів їхніх сімей або інших близьких осіб.

Для вимушених переселенців (у зоні постійної дислокації):

з'ясування нагальних потреб у проживанні в місцях вимушеного переселення;

визначення позиції переселенця щодо його власної відповідальності за своє життя, свою реалізацію та сім'ю;

визначення психологічних та матеріальних ресурсів переселенця.

СПРЯМОВУВАТИ: ЗОНА ДІЇ Для ситуативних переселенців (у зоні екстремальних ситуацій):

- надання інформації про події та прогноз щодо подальшого їхнього розвитку;
- надання інформації про центри практичної допомоги;
- надання точної інформації про те, яка буде надана біженцям допомога в місцях призначених для постійної дислокації;
- місця спрямування людей із вразливих груп;

- забезпечення допомогою або інформацією щодо установа зв'язків та контактів із рідними;
- спрямування у центри психологічної допомоги осіб, що пережили насильство.

Для вимушених переселенців (у зоні постійної дислокації):

- забезпечення інформацією щодо діяльності соціальних служб; волонтерських та благодійних організацій;
- коучинг наявних матеріальних ресурсів;
- коучинг наявних психологічних ресурсів;
- інформація щодо працевлаштування, місця служб зайнятості, курсів перекваліфікації;
- спрямування на відвідування груп підтримки та взаємодопомоги;
- за необхідності спрямування в центри психологічної та психотерапевтичної допомоги, або медичні центри.

Література

Основна: 3, 5-8

Допоміжна: 3, 8, 9

Інформаційні ресурси в інтернеті: 2-6

Тема № 11 Соціально-психологічна реабілітація дітей і дорослих, які постраждали від домашнього насилля.

Семінарське заняття. Соціально-психологічна реабілітація дітей і дорослих, які постраждали від домашнього насилля.

Навчальна мета заняття: визначити рівень засвоєння матеріалу з даної теми, рівень сформованості уявлень про особливості соціально-психологічної реабілітації дітей і дорослих, які постраждали від домашнього насилля.

Час проведення – 6 години

Навчальні питання:

1. Поняття та види домашнього насилля. Цикли насилля.
2. Динамічний трикутник Карпмана як основа насильницької взаємодії: стратегії виходу.
3. Психологічні особливості кривдника, постраждалої особи та рятівника.
4. Методи психологічної допомоги дітям із травмічним досвідом.
5. Реабілітація жінок та чоловіків, які зазнали домашнього насильства.
6. Особливості побудови корекційної програми для кривдників.

Методичні вказівки

6. При підготовки до семінарського заняття доцільно звернути увагу на такі особливості кожного з видів домашнього насильства та механізмів його виникнення. Так стосовно першого питання

Презентація «Цикл насильства».

Мета: познайомити учасників з психологічними особливостями перебігу насильства.

Час: 20 хв.

Хід проведення:

Тренер представляє учасникам «Цикл насильства» та надає таку

інформацію:

«Аналізуючи психологічні особливості насильства, варто розглянути поняття «ЦИКЛ НАСИЛЬСТВА».

ЦИКЛ НАСИЛЬСТВА – це психологічний механізм стосунків між кривдником та жертвою, який визначився при всебічному розгляді фактів насильства на гендерній основі, при намаганнях запобігти насильству, подолати його наслідки. Виявляється, що цей механізм є досить поширеним і стандартним. Тому варто його проаналізувати з психологічної точки зору, ще раз пошукати механізми зупинення соціальної естафети насильства, знайти важелі оцінки поведінки насильника і жертви, аби вийти з цього кола.

На практиці ми часто зустрічаємося з сім'ями, в яких цикл насильства у прямому сенсі тривав роки (2–3), а в цілому, вже не цикл, а циклічний процес тривав від 12 до 20 років.

Що ж є характерним для циклу насильства?

Характерним є повторення етапів розвитку стосунків насильника та жертви.

Розглянемо типову ситуацію фізичного насильства. Це часто густо є побиття, знущання, аж до згвалтування на очах дітей. Це може бути сексуальне насильство – примус до сексу, жорстоке поводження під час сексу тощо. Об'єктом фізичного насильства найчастіше стає жінка. Вважається, що у 75% випадків домашнього насильства жертвами насильства стають і діти.

Досить поширеним є психологічне насильство. Об'єктами такого насильства часто стають жінка, діти, але непоодинокими жертвами психологічного насильства можуть стати і чоловіки.

Отже, ВИПАДОК: осканеніння, екстаз насильника, жорстокий прояв насильства. Сумнівів нема. Сталося. Це завершення кола насильства і одночасно початок нового кола.

Жертва постраждала. Типовий варіант – насильник просить вибачення, обіцяє, що більше такого не станеться. Налякана жертва дуже хоче цьому вірити, сподівається на краще життя, вірить, що своєю поведінкою, своєю запобігливістю буде сприяти мирному співіснуванню членів родини.

Наступає ЗАСПОКОЄННЯ, а за ним і ПРИМИРЕННЯ. Кривднику часто вдається переконати жертву, що вона сама багато в чому винна: не виконувала його вимоги, провокувала його на агресивні дії. Часто кривдники не тільки вибачаються, але й роблять цінні подарунки.

Етап насильства завершений:

- кривдник встановив чи підтвердив жорсткі норми поведінки, виконання яких, за його ствердженням, може запобігти акту насильства;*
- жертва впевнена, що вона спровокувала акт насильства – і тепер, коли вона знає правила, їй залишається тільки суворо їх виконувати; і... все владнається, у стосунках буде панувати спокій.*

Отже жертва вибачила, “зрозуміла”, служить і догоджає, запобігає, як може, проявам агресії з боку кривдника. Часто примирення може тривати досить довго, іноді роками. Жертва вже зовсім втрачає своє “Я”, перетворюється на тінь свого партнера. Але конфлікт не розв'язано, життя

триває, виникають нові протиріччя, нові обставини.

Наступає етап ПОСИЛЕННЯ НАПРУГИ, коли тижнями, місяцями в сім'ї панує напружена тиша, чоловік і жінка не спілкуються між собою, коли весь час у сім'ї виникають конфліктні ситуації, але їх неможливо не тільки розв'язати, а й навіть назвати. Виникає нестерпна напруга, яка знову проривається ВИПАДКОМ НАСИЛЬСТВА. Цикл завершується.

Практично у всіх таких сім'ях із часом етапи заспокоєння та примирення скорочуються, а випадки насильства стають все частішими. Виникає КРИЗОВА СИТУАЦІЯ. Настає момент, коли жертва чи жертви вже більше не можуть жити в такій ситуації. Вони більше не погоджуються терпіти знущання, починають усвідомлювати свої права і можливості, не бажать страждати самі та щоб страждали діти. Якщо такого усвідомлення не відбувається, ризик трагічного випадку посилюється.

На жаль, у прагненні змінити своє життя жертва нерідко стикається зі значними труднощами. Навіть у розвинених демократичних країнах зі сталою законодавчою та соціальною системами захисту жертв домашнього насильства виникає багато труднощів у вирішенні проблеми відокремлення життя жертви та кривдника, вирішення долі дітей та їх захисту від нападів кривдника».

Питання для обговорення:

- Чи можна виділити певний циклічний розвиток подій?
- Чим відрізнявся кожен цикл?
- Чи можливий був інший розвиток подій?
- Які кроки для цього мали зробити жертва, кривдник, служби, які мають надавати допомогу постраждалим від насильства?

2. Стосовно другого питання, викладач пропонує розглянути особливості трикутника Карпмана.

Вправа «Трикутник Карпмана».

Мета: допомогти учасникам зрозуміти особливості трикутника Карпмана.

Час проведення: 15 хв.

Ресурси: схема на аркуші для фліпчарту «Трикутник Карпмана»

Хід проведення:

Тренер, використовуючи підготовлену схему представляє групі інформаційне повідомлення: «Драматичний трикутник Карпмана (Жертва-переслідувач-рятувальник).

«Це типовий зв'язок трьох основних проблемних ролей у людських стосунках. Автор цієї ідеї Стефан Карпман. Згідно з таким підходом можна виділити три основні ролі, які беруть на себе люди в стосунках, – Переслідувач, Жертва, Рятівник. Кожній із ролей відповідають властиві тільки їй почуття. У Переслідувача найголовніша емоція – праведне обурення; у Жертви – внутрішня суєта, паніка, образа на ситуацію чи іншу людину; у Рятівника – бажання врятувати від уявної небезпеки. Трикутник, у який об'єднуються ці ролі символізує їх зв'язок і постійну зміну. Небезпека в тому, що залучаючись до цієї гри, перебуваючи в будь-якій ролі, люди починають ігнорувати реальність.

Як актори на сцені, вони знають, що живуть вигаданим життям, але мають робити вигляд, що вірять в його справжність, щоб відбулася гарна

вистава. При цьому, ніхто не затримується надовго в одній ролі. Зміна ролей в трикутнику Карпмана завжди супроводжується інтенсивною зміною емоцій та викидом негативних почуттів. Тривалість перебування в одній ролі може складати від кількох секунд до кількох років.

Ця модель часто виявляється в процесі спілкування в сім'ї, на роботі, в побуті. Деякі люди все життя плачуть як їм погано і є жертвами. Інші весь час когось рятують і дають поради – потрібні вони чи ні, а вони їх дають. А ще інші – постійно знущуються.

(При обговоренні тренер може запропонувати учасникам подумати, в яких ролях найчастіше виступає кожен з них).

Гра складається з того, що Жертва провокує оточуючих, щоб хтось виступив у ролі Переслідувача. Інший варіант може бути таким, що Переслідувач знаходить когось, хто в чомусь винен і починає його переслідувати: звинувачувати, вимагати, карати.

Далі Жертва починає доводити, що це не вона, а і інші винні, можливо, навіть сам Переслідувач, і починає шукати свого Рятівника, демонструючи свої страждання та безпорадність. Рятівник включається в гру, намагається допомогти Жертві і захистити її від Переслідувача, але, оскільки це лише гра в порятунок, Рятівник нічого не досягає. Через це Жертва звинувачує його – і Жертвою стає вже він (хотів як краще...), Переслідувачем стає Жертвою, а сам Переслідувач – Рятівником (не так уже вона й провинилася...).

Щоб не стати гравцем цієї драми, важливо пам'ятати: якою б заманливою не здавалася роль у цьому трикутнику, – людині, яка хоче жити реальним життям, там не місце.

Для того, щоб вийти з трикутника, важливо:

- не брати на себе відповідальність за проблеми інших, не кидатися на допомогу, доки тебе про це не попросять;
- не поспішати втішати, це не допоможе;
- зберігати моральний спокій;
- намагатися перейти до конструктивних рішень».

Питання для обговорення:

- Як вийти з трикутника?
- Що мають робити кривдник, рятівник і жертва, щоб вийти з трикутника?

1. Стосовно третього питання необхідно зосередитися на особливостях формування комплексу жертви та портретах кривдника та жертви. Викладач пропонує виконати наступні вправи.

Вправа «Витоки формування комплексу жертви»

Мета: допомогти учасникам зрозуміти особливості формування комплексу жертви.

Час: 30 хв.

Ресурси: аркуші для фліпчарту, маркери

Хід проведення:

Тренер пропонує учасникам об'єднатися в малі групи. Завдання кожній групі: оговорити власний досвід роботи з постраждалими від домашнього насильства та

визначення чинників, що впливають на формування комплексу жертви. Після закінчення результатів роботи кожної групи демонструють у великому колі.

Питання для обговорення:

- Чим була корисна ця вправа?
- Чим відрізняється бачення чинників, що впливають на формування комплексу жертви різними групами?

4. Вправа «Психологічні портрети жінки, яка переживає насильство та чоловіка, який вчиняє насильство»

Мета: надати учасникам тренінгу можливість узагальнити їх знання щодо психологічних особливостей жертви домашнього насильства та чоловіка, який вчиняє насильство, та створити їх психологічні портрети.

Час: 30 хв.

Ресурси: аркуші для фліпчарту, маркери

Хід проведення:

На **першому етапі** проведення вправи тренер надає учасникам інформацію про підходи до створення психологічного портрету особистості.

***До уваги тренера!** Складові психологічного портрету особистості:*

- риси інтелекту;
- цінності;
- мотиви;
- етичні та моральні принципи;
- самооцінка;
- емоційний стан;
- життєві вміння;
- особистісні риси;
- психологічні наслідки перебування людини в ситуації насильства.

На **другому етапі** учасники об'єднуються в 4 малих групи, які повинні створити:

Група 1, 3, психологічний портрет жертви домашнього насильства

Група 2, 4, психологічний портрет чоловіка, який вчиняє насильство.

Після завершення учасники демонструють результати роботи малих груп у великому колі.

Питання для обговорення:

- Чи важко було виконувати завдання?
- Чи були відмінності в психологічних портретах, створених представниками різних груп? Чому?
- Наскільки може бути корисним психологічний портрет жертви домашнього насильства в безпосередній практичній роботі з постраждалими? Як саме?

На **третьому етапі** тренер представляє у порівнянні психологічний портрет жертви домашнього насильства та чоловіка, який вчиняє насильство

Питання для обговорення:

- Які нові можливості відкриває поданий підхід до створення психологічного портрету?

Стосовно четвертого питання необхідно зазначити що, напрямками роботи з дитиною, яка постраждала від насильства є:

- формування відчуття безпеки, контролю над власним життям
- відновлення меж: психологічних та фізичних
- робота з ефектом «брудного тіла»
- зняття у дитини почуття провини, розвиток емоційної компетентності
- корекція сексуалізованої поведінки
- розвиток власної цінності та спроможності

Доцільно розглянути методи психологічної допомоги дітям: ігрова терапія, пісочна терапія та арттерапія, казкотерапія, бібліотерапія та ін.

5. Стосовно п'ятого питання викладач звертає увагу на особливості групової та індивідуальної роботи з постраждалими від домашнього насильства.

У ході розробки індивідуального плану роботи з кожною клієнткою психолог враховує етапи подолання співзалежності:

1) усвідомлення співзалежних моделей поведінки для подальшого їх змінювання на партнерські;

2) розуміння причин проблеми, наприклад, одна з них – співзалежність є засвоєною дисфункціональною поведінкою;

3) розплутування співзалежних взаємин: причини співзалежності можуть брати свій початок у динаміці взаємин з батьками;

4) відмова від проєкцій, які розглядаються як будівельний матеріал в стіні заперечення, якою жертва відгороджується від реальності;

5) усунення ненависті до себе, що репрезентується низькою самооцінкою жертви, відчуттям меншовартості, які психолог допомагає клієнтці усвідомити і трансформувати у позитивні уявлення про себе;

6) усунення силових ігор і маніпулювання. Через брак внутрішніх ресурсів особистості співзалежні жертви насильства вдаються до силових ігор і маніпулювання, щоб отримати бажане. Драматичний трикутник (переслідувач, рятівник і жертва) – це звичайний спосіб, яким жертви маніпулюють іншими, залишаючись при цьому дуже пасивними. Як тільки за допомогою психолога клієнтка навчиться більш ефективним способам співпраці з людьми, потреба у маніпулюванні і управлінні іншими піде на спад;

7) вміння просити про те, що хочеться отримати. Найпростіший і безпосередній спосіб отримати бажане – прямо і ввічливо попросити про це;

8) знову навчитися відчувати.

6. Стосовно шостого питання необхідно підготуватися до дискусії на тему «Особливості побудови корекційної програми для кривдників» та Особливості побудови корекційної програми для жертв домашнього насильства», використовуючи матеріал теми №5.

Питання для обговорення:

1. Мета програми
2. Завдання програми
3. Структура програми
4. Принципи роботи
5. Примірний перелік тем.

Література:**Основна:** 3,4,8**Допоміжна:** 6,8**Інформаційні ресурси в інтернеті :**3,4,5**3. Рекомендована література (основна, допоміжна), інформаційні ресурси в Інтернеті****Основна:**

1. Бочелюк В. Й. Турубарова А.В. Психологія людини з обмеженими можливостями : навч. посіб. К. : Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
- 2.Гевчук Н.С. Організація виховної роботи з дітьми трудових мігрантів в умовах загальноосвітнього навчального закладу. Навчально-методичний посібник / За ред. проф. Р.Х. Вайноли. Кам'янець-Подільський, 2011. 121с.
3. Джудіт Герман. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів, 2015. 416 с.
4. Домашнє насильство: психологічні передумови, допомога, протидія: навчально-практ. посіб. / Авт. кол. Бандурка І. О., Федоренко О. І., Мілорадова Н.Е, Джагунов Г.В. , Харченко С.В, Доценко В.В., Макарова О.П., Бойко С.М., Медведєва О.В., Червоний П.Д. Харк. нац. ун-т внутр. справ. Харків : Вид-во Харк. нац. ун-ту внутр. справ, 2023. 398 с.
5. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях. навчально-практичний посібник. За заг. ред. О.А. Моргунова; О.І. Федоренко та ін. (Н. Е. Мілорадова – підрозділи 1.2, 2.1-2.9); МВС України, Харків. нац. Ун-т внутр.справ. Харків : ХНУВС, 2022. 84 с.
- 6.Прикладні аспекти військової психології : навчальний посібник / В. І. Осьодло, О. Ф. Хміляр, М. С. Корольчук, В. М. Невмержицький, Н. Е. Мілорадова та ін.; за заг. ред. В. І. Осьодла. Київ : НУОУ м. Івана Черняхівського, 2015. 236 с.
7. Тохтамиш О. М. Реабілітаційна психологія : навчально-методичний посібник. Вінниця : Віндрук, 2014. 100 с.
- 8.Туρινіна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. К.: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. 160 с.

Допоміжна:

1. Військова психологічна підготовка та реабілітація/від. військ.-соц. роботи соц.- психол. упр. Голов. упр. по роботі з особовим складом Збройних Сил України. Київ: Вид. Філюк, 2015. 495 с.
2. Гітун Н.І. Проблема формування у суспільстві позитивного ставлення до осіб з обмеженими фізичними і розумовими можливостями. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*. 2015. № 12. С. 10 – 25.
- 3.Єгорова О.Б. Реабілітаційна психологія: курс лекцій. Навчально-методичний посібник для студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальності 053 Психологія. Слов'янськ: Вид-во Б.І.Маторіна, 2018.132 с.

4. Іванов В.О. Принципи роботи амбулаторної соціально-психологічної реабілітації осіб залежних від алкоголю : науково-методичний посібник / В.О. Іванов, Ю.М. Безсмертний, Д.Ю. Старков. К. : ПАТ «Віпол», 2013. 128 с.

5. Інвалідність та суспільство: навчально-методичний посібник / за заг. редакцією Байди Л.Ю., Красюкової-Еннс О.В. / кол. авторів : Байда Л., Красюкова-Еннс О, Буров С., Азін В, Грибальський Я., Найда Ю. К., 2012. 216 с.

6. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : ТОВ «Видавництво “Логос”». 207 с.

7. Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України : посіб. для практиків соціальної сфери / Мельник Л.А. та ін. ; за ред. Волинець Л.С. К. : ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2015. 72 с.

8. Шевченко Л.О., Чепіга Л.П. Практична психологія: навч. посібник. Харків: Константа, 2018. 191 с.

9. Щербакова К.В. Петрочко Ж. В. Реабілітація дітей з функціональними обмеженнями засобами мистецтва: Навч. посіб. К.: ДЦСМ ЕПУ ім. М. П. Драгоманова, 2012. 156 с.

Інформаційні ресурси в інтернеті

1. Закон України «Про охорону дитинства». URL: <https://www.gioc.kiev.ua/files/File/2402-111.htm>

2. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>

3. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Загальна ред. Н. Пророк. Том 1. Київ, 2018. 208 с. <https://www.osce.org/files/f/documents/a/a/430805.pdf> 2018

4. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Загальна ред. Л. Царенко. Том 2. Київ, 2018. 240 с. <https://www.osce.org/files/f/documents/a/c/430829.pdf>

5. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Загальна ред. Л. Гридковець. Том 3 . Київ, 2018. 236 с. <https://www.osce.org/files/f/documents/4/d/430841.pdf>.

6. Постанова Кабінету Міністрів «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/757-2007-%D0%BF#Text>