

Міністерство освіти і науки України
Національний технічний університет
«Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
кваліфікаційної роботи ступеня магістра

студента Карельської Євгенії Валеріївни

академічної групи 281М-22з-5 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Вокальна терапія в системі надання психологічної допомоги жертвам війни: публічноуправлінський підхід»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтингово ю	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Хожило І.І	90	відмінно	
розділів:				

Рецензент:				
------------	--	--	--	--

Нормоконтролер:				
-----------------	--	--	--	--

Дніпро
2023

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Вокальна терапія в системі надання психологічної допомоги жертвам війни: публічноуправлінський підхід».

78 стор., 2 табл., 72 джерела.

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ, ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА, ЖЕРТВИ ВІЙНИ, ПСИХОТЕРАПІЯ, АРТТЕРАПІЯ, ВОКАЛЬНА ТЕРАПІЯ, ВІДНОВЛЕННЯ.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини, які складаються у сфері надання психологічної допомоги громадянам під час війни.

Предмет дослідження – вокальна терапія в системі надання психологічної допомоги жертвам війни в контексті публічноуправлінського підходу.

Мета дослідження – визначення основних способів публічного управління наданням актуальної психологічної допомоги жертвам війни.

У першому розділі досліджуються підходи щодо формування системи публічного управління системою надання психологічної підтримки жертвам війни, її форми та методи, зокрема арттерапія, вокальна терапія.

Другий розділ присвячено дослідженню стану і проблем забезпечення надання актуальної психологічної допомоги жертвам війни. Проаналізовано зарубіжний досвід психологічної підтримки особам, які постраждали внаслідок бойових дій; презентовано методичку та результати авторського проєкту «Інтегрована арт-терапія для дітей та матерів внутрішньо переміщених осіб, що пережили воєнний стрес»; визначено основні способи активізації здатності до відновлення у особистості, яка пережила трагічні події.

Сфера практичного застосування результатів роботи – органи соціального захисту населення, органи місцевого самоврядування.

ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «*Vocal therapy in the system of providing psychological assistance to war victims: a public management approach*».

78 pages, 2 tables, 72 sources.

PUBLIC ADMINISTRATION, PSYCHOLOGICAL HELP, VICTIMS OF WAR, PSYCHOTHERAPY, ART THERAPY, VOCAL THERAPY, RECOVERY.

The object of the research is social relations that are formed in the field of providing psychological assistance to citizens during the war.

The subject of the research is vocal therapy in the system of providing psychological assistance to war victims in the context of a public management approach.

The purpose of the study is to determine the main methods of public management of providing actual psychological assistance to war victims.

The first chapter explores approaches to the formation of a system of public management of the system of providing psychological support to victims of war, its forms and methods, in particular art therapy, vocal therapy.

The second chapter is devoted to the study of the state and problems of ensuring the provision of actual psychological assistance to war victims. The foreign experience of psychological support for persons injured as a result of hostilities was analyzed; the methodology and results of the author's project "Integrated art therapy for children and mothers of internally displaced persons who experienced war stress" were presented; the main ways of activating the ability to recover in a person who has experienced tragic events are defined.

The sphere of practical application of the work results is the social protection bodies of the population, local self-government bodies.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. Система надання психологічної підтримки жертвам війни: теоретичні аспекти	7
1.1. Публічне управління формуванням системи надання психологічної підтримки жертвам війни	7
1.2. Форми і методи психологічної підтримки жертвам війни	17
1.3. Вокальна терапія як інструмент психологічної підтримки жертв війни	30
РОЗДІЛ 2. Стан та динаміка застосування психологічних методів підтримки жертвам війни	41
2.1. Інкорпорування зарубіжного досвіду психологічної підтримки особам, які постраждали внаслідок бойових дій	41
2.2. Розробка проєкту «Інтегрована арт-терапія для дітей та матерів внутрішньо переміщених осіб, що пережили воєнний стрес»	53
2.3. Розповсюдження інституціональних практик психологічної підтримки жертвам бойових дій в українському сіспільстві	58
2.4. Здатність до відновлення у особистості, яка пережила трагічні події	68
ВИСНОВКИ	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	79

ВСТУП

Актуальність теми. У жахливих умовах сучасності українцям доводиться пристосовуватись до речей, які раніше були зовсім неприродними. Наша нова реальність характеризується великою кількістю поранених громадян, зруйнованих міст та скалічених життів. Втрати спостерігаються як серед військових, так і серед цивільного населення. За даними Організації Об'єднаних Націй (ООН) у 2022 році в Україні зафіксовано більш ніж 16 631 випадок загибелі чи поранення мирних громадян.

З 24 лютого 2022 року вся Україна стала центром надзвичайної військової ситуації, з великою кількістю окупованих територій, мільйони наших співвітчизників опинилися у заручниках. Київська область – один із регіонів держави найбільше постраждали від окупантів. Ми всі чули про Бучу, Ірпінь, Гостомель, однак, на думку президента України В. Зеленського, найгірша ситуація була у Бородянці, яка знаходиться на північний захід від Києва. За 38 днів окупації місто було повністю зруйноване. рятувальникам вдалося витягти з-під завалів близько сотні тіл. Допомогу надали рятувальники та психологи Київського гарнізону Державної служби екстреної допомоги України.

Психологічна підтримка людей, які постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій та катастроф, виникла із загальнолюдського реагування, щоб простягнути руку допомоги та втішити тих, хто вражений чи страждає, а також захистити та допомогти їм.

Хоча в різних суспільствах та культурах люди пропонували іншим психологічну допомогу по-різному, формальні програми психологічної підтримки були засновані і набули пріоритету лише в відносно недавні десятиліття, і вони не були направлені на покращення ментального стану людей, які постраждали через війну. Ступінь психологічної та психіатричної змін, які стали наслідком цього на сьогодні ще не вивчені. Дослідження ефективності психологічних заходів щодо запобігання або боротьби з такими проблемами ще більш обмежені. Тим не менш, спостерігається зростання

сукупності інформації, яка може сприяти розвитку передової практики та консенсусу експертів, які сприяють обґрунтуванню доцільності використання нових психологічних методик.

У надзвичайних ситуаціях (як теперішня війна в Україні) чи стихійних лихах можуть бути надані різні рівні психологічної підтримки. По-перше, це загальна психологічна підтримка, яка ідентифікується як частина першої психологічної допомоги. По-друге, це стратегії, які можна застосовувати в перші дні та тижні, щоб допомогти тим, хто наражається на високий ризик розвитку проблем з психологічним станом, із-за реакції на подію. Тут метою може бути профілактика чи раннє втручання. По-третє, існують стратегії виявлення та лікування тих, у кого можуть розвинутиись або проявитися психічні складнощі надалі. Ці розлади можуть бути загостренням існуючого стану або виникати знову, як наслідок досвіду катастрофи.

У такий скрутний час, який спіткав нашу країну, психологічна допомога стає всебільш актуальною та потребує вдосконалення на всіх рівнях: починаючи від загальнодержавного – закінчуючи підвищенням кваліфікації психологів-практиків для опанування новітніх інструментів, як наприклад арт-терапія, зокрема вокальна терапія.

Дослідженню теоретичних засад та розвитку публічного управління у сфері забезпечення психологічної допомоги населенню України присвячені роботи О.Іванової, І.Пінчука, О.Хаустової, Н.Степанової, А.Чайки, А.Гончарової-Чагор, К.Березяка, Е.Афоніна та ін.

Метою дослідження є визначення основних способів публічного управління наданням актуальної психологічної допомоги жертвам війни.

Для досягнення мети запропоновано вирішення наступних завдань:

- розкрити сутність публічного управління в системі надання психологічної підтримки жертвам війни;
- проаналізувати існуючі форми і методи психологічної підтримки;
- розглянути вокальну терапію як інструмент психологічної підтримки жертвам війни;

- проаналізувати зарубіжний досвід психологічної підтримки особам, які постраждали внаслідок бойових дій;
- презентувати методику та результати авторського проекту «Інтегрована арт-терапія для дітей та матерів внутрішньо переміщених осіб, що пережили воєнний стрес»;
- дослідити досвід розповсюдження інституціональних практик психологічної підтримки жертвам бойових дій в українському сіспільстві;
- визначити основні способи активізації здатності до відновлення у особистості, яка пережила трагічні події.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини, які складаються у сфері надання психологічної допомоги громадянам під час війни.

Предмет дослідження – вокальна терапія в системі надання психологічної допомоги жертвам війни в контексті публічноуправлінського підходу.

Методи дослідження. Методологічною основою дослідження є широкий комплекс загальнонаукових і спеціальних методів дослідження.

На основі діалектичного методу пізнання розглянуто процеси формування системи надання психологічної підтримки жертвам війни.

Застосування когнітивного методу дозволило визначити основні способи надання психологічної підтримки жертвам війни та тенденції їх подальшого розвитку.

Аксіологічний метод надав можливість з позицій визнання суспільних цінностей, базованих на повазі до людської гідності, ідеалів верховенства права та демократії, оцінити дієвість системи надання психологічної підтримки жертвам війни, конкретних форм та методів та визначити роль вокальної терапії як інструменту психологічного відновлення.

РОЗДІЛ 1

СИСТЕМА НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ЖЕРТВАМ ВІЙНИ: ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ

1.1. Публічне управління формуванням системи надання психологічної підтримки жертвам війни

Сучасну людину у повсякденному житті, особливо в умовах переживання військової агресії все частіше супроводжують стресові ситуації, які, безсумнівно, не найкраще впливають на психоемоційний стан особистості. Виникають навантаження на механізми, що дозволяють вирішувати проблемні ситуації та знижувати психологічну напругу, що виникає внаслідок дії стресорів.

Багато авторів підкреслюють суттєву роль психологічного захисту особистості у підтримці її психологічного здоров'я. Недостатність знань про особливості подолання стресових ситуацій в екстремальних умовах стало джерелом проблеми виявлення взаємозв'язків різних видів психологічних захистів, копінг - поведінки, а також тривожності. Рішення даної проблеми актуально для психології особистості, екстремальної психології, оскільки дає можливість розширити та поглибити знання про фактори, подолання стресових ситуацій в екстремальних умовах. Серед жертв можна зустріти велику кількість людей, які по своєму соціальному та освітньому статусу ніколи в житті не опинилися б у кабінеті психотерапевта.

У значної частини військовослужбовців Збройних Сил України, які постраждали в результаті участі в збройному конфлікті, спостерігаються психогенні розлади. Це вимагає оперативної оцінки їх стану, прогнозу розвитку розладів, проведення всіх можливих лікувальних і реабілітаційних заходів. У міжнародній реабілітології є термін «якість життя», який пов'язаний зі станом здоров'я. Його розглядають як інтегральну оцінку і ефективність реабілітації. ВООЗ пропонує оцінювати «якість життя» за такими параметрами:

- фізичні: енергійність, втома, фізичний дискомфорт, сон, відпочинок;
- психологічні: самооцінка, концентрація, позитивні емоції, негативні переживання, мислення;
- ступінь незалежності: повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків і лікування;
- життя в суспільстві: повсякденна активність, соціальні зв'язки, дружні зв'язки, суспільна значимість, професіоналізм;
- довкілля: житло та побут, безпека, дозвілля, доступність інформації, екологія (клімат, забруднення, густозаселеність);
- духовність і особистісні переконання.

Концепція реабілітації, розроблена експертами ВООЗ, є системою заходів, спрямованих на швидке і максимально повне відновлення фізичного, психологічного та соціального статусу пацієнта з метою активної інтеграції пацієнта в суспільство з досягненням для нього можливої соціальної та економічної незалежності. Одним з першочергових завдань Європейського плану дій з охорони психічного здоров'я є впровадження комплексних, інтегрованих, ефективних систем охорони психічного здоров'я, в яких обов'язковими повинні бути такі елементи, як зміцнення здоров'я, профілактика, лікування та реабілітація, догляд і відновлення здоров'я. Відомо, що найважливішим здобутком держави, що має стратегічне значення, та відображає тенденції економічного, політичного, соціального, правового розвитку і благополуччя країни, є здоров'я її громадян. В умовах, постійного зростання числа учасників бойових дій, проведення комплексу заходів з відновлювального лікування і подальшої соціальної інтеграції ветеранів антитерористичної операції та операції ООС (далі АТО/ООС) в суспільство є одним із пріоритетних напрямків соціальної політики держави. Учасники збройних конфліктів є специфічним контингентом, який вимагає багатопрофільної реабілітації, а інваліди з їх числа можуть бути виділені в

групу особливої соціальної значимості, оскільки серед ветеранів, які були вперше визнані інвалідами, понад половини – особи працездатного віку.

Участь у військових подіях є потужним стресом, що призводить до функціональних порушень організму, розвитку соматичних захворювань і виникненню патологічних реакцій [1]. З огляду на те, що в організації медичної, психологічної, професійної та соціальної реабілітації учасників бойових дій на сьогодні немає єдиних методологічних підходів, а визначені тільки окремі напрямки теорії і практики з цієї проблеми, існує необхідність розробки оптимального варіанту проведення медико-психологічних реабілітаційних профілактичних заходів.

Медико-психологічна реабілітація спрямовується на особистість військовослужбовця, його самооцінку, комунікативні властивості, потреби, психологічні механізми компенсації та захисту, способи поведінки в родині, в професійному колективі та в інших соціальних групах. Її завданням є найшвидше усунення хворобливих симптомів (невротичних, неврозоподібних), подолання іпохондричних фіксацій і т. Ін [1, 2]. Психокорекційні та психотерапевтичні методи збільшують стійкість до несприятливих психогенних впливів, корегують систему взаємовідносин особистості, пом'якшують соматичні та вегетативні розлади, формують активну позицію хворого щодо подолання недуги, підвищують його роль в процесі отримання допомоги.

Медико-психологічна реабілітація учасників повинна спиратися на основні положення інтегративної копінг-концепції, згідно з якою подолання стресу – це процес, в якому індивід здійснює спроби [2]:

- а) змінити або ліквідувати проблему;
- б) зменшити її інтенсивність, змінивши свою точку зору на неї;
- в) полегшити її вплив, відволікаючись на що-небудь або використовуючи інші різноманітні способи подолання.

Систему державної допомоги щодо надання екстреної психологічної допомоги можна умовно розділити на три етапи. Перший етап підготовчий, другий – це етап, власне, надання екстреної психологічної допомоги, третій –

етап завершення робіт з надання екстреної психологічної допомоги. На кожному конкретному етапі перед психологами стоять свої цілі та завдання. Розглянемо їх більш детально.

Підготовчий етап. Метою роботи на підготовчому етапі є підготовка розгорнутого плану дій з надання екстреної психологічної допомоги. Для цього необхідно здійснити [2,3]:

1. Збір інформації про психологічну ситуацію, що склалася внаслідок НС. У деяких ситуаціях потрібні відомості є у фахівців-психологів або фахівців іншого профілю, які вже працюють на місці події. Якщо ж інформації такого роду немає, необхідно зібрати її самостійно. того, щоб організувати роботу фахівців найоптимальнішим чином.

Збір інформації провадиться за наступною схемою [3].

– Визначення місць, де мають працювати психологи: місця дислокації постраждалих та їх родичів, пункти проведення масових заходів. Часто таким місцем є також і саме місце НС (якщо НС сталося на території населеного пункту).

– Приблизний підрахунок людей, які потребують допомоги.

– З'ясування числа фахівців, які вже працюють або розпочнуть роботу та найближчим часом.

– Уточнення часу, місць та зразкової кількості учасників масових заходів.

– З'ясування порядку, часу та місця дій, які необхідно здійснити потерпілим або їхнім родичам (виплата компенсацій, процес (пізнання, отримання свідчень про смерть тощо).

2. Визначення місця та порядку роботи кожного фахівця – друга важлива завдання, яке вирішується на підготовчому етапі, оскільки від успішності її. Від цього рішення часто залежить ефективність надання допомоги. Кожен фахівець повинен знати, що він має робити на конкретному ділянці, роботи [4].

3. Упорядкування орієнтовного плану работ. Розв'язання цього третього завдання відбувається на підготовчому етапі, проте протягом усього періоду

надання екстреної психологічної допомоги цей план може змінюватися та коригуватися залежно від умов діяльності, що змінюються.

Основний етап. На основному етапі робіт з надання екстреної психологічної допомоги фахівці-психологи працюють за двома основними напрямом: допомога фахівцям, які беруть участь у ліквідації наслідків НС, націлена на забезпечення умов професійної діяльності, та допомога постраждалим внаслідок НС [5].

Зміст діяльності спеціалістів-психологів може бути різним, він визначається на підготовчому етапі та відображається у плані робіт. Цей зміст залежить від специфічних характеристик ситуації. Завершальний етап. На завершальному етапі робіт з надання екстреної психологічної допомоги вирішуються такі завдання, як [5, 6, 7]:

- Надання допомоги тим особам, кому це потрібно. Як правило, на завершальному етапі кількість постраждалих, які перебувають у районі ліквідації наслідків НС, невелика, проте є ті, хто потребує психологічної допомоги.

- Заходи щодо надання психологічної допомоги фахівцям, що беруть участь у ліквідації наслідків НС. Такі заходи доцільні на цьому етапі, оскільки інтенсивність робіт з ліквідації наслідків переживання НС, надання соціальної допомоги постраждалим тощо знижується, а втома фахівців, які здійснюють таку допомогу, накопичується.

- Узагальнення та аналіз інформації, отриманої під час робіт з надання екстреної психологічної допомоги.

- Складання прогнозу розвитку ситуації на підставі узагальнення та аналізу даних.

Війна в Україні створила величезну потребу у психологічній підтримці, починаючи від першої психологічної допомоги та закінчуючи комплексною психологічною допомогою. Люди зазнали страху, травми та ізоляції, у них виявляються симптоми тривоги, депресії та стресу [6, 7].

Психологи організації «Лікарі без кордонів» (MSF) задовольняють потреби пацієнтів у галузі психічного здоров'я, надаючи першу психологічну допомогу, консультації з психічного здоров'я та комплексну психологічну допомогу. Тільки за 2023 рік психологи MSF надали понад 8000 консультацій щодо психічного здоров'я у семи регіонах України.

Поряд з лінією фронту та на територіях, відвойованих Україною мобільна клініка надає допомогу людям у сільській місцевості, багато з яких пережили місяці бойових дій, насильства та бойових дій.

Для людей, які зіткнулися з наслідками нападу, потрібна перша психологічна допомога, яка допоможе їм впоратися з такими симптомами, як шок, напади паніки, зміни апетиту та режиму сну, а також відмова від повсякденної діяльності.

У прифронтових регіонах, як Запоріжжя, Дніпро, Донецьк і Херсон, команди «Лікарів без кордонів» відреагували на гострі психологічні потреби після ракетних ударів або інших катастроф. Наприклад, у березні 2023 року психологи MSF відреагували на наслідки ракетного удару по житловому району Запоріжжя.

Коли команди фахівців прибувають на місце після обстрілу, перше, що вони роблять – це виявляє людей, які зазнали психологічного впливу. Отримання своєчасної та належної підтримки може скоротити час відновлення людини після події, що травмує.

Система охорони здоров'я України очолює ініціативи щодо покращення благополуччя та послуг у галузі психічного здоров'я, проте війна справила руйнівний вплив на психічне здоров'я людей. Хоча багато людей адаптуються самостійно, чим більше люди піддаються різним подіям, що травмують, тим більше у них збільшуються шанси на розвиток проблем з психічним здоров'ям.

Відсутність психологів і консультантів, стигма, пов'язана з психічним здоров'ям, а також реальність бойових дій, що продовжуються, в деяких регіонах – все це ускладнює отримання людьми своєчасної допомоги [8].

Без своєчасної та належної психологічної підтримки проблеми можуть перерости у довгострокові посттравматичні стресові розлади, тривогу та депресію та вплинути на якість життя людини.

Повномасштабне вторгнення Російської Федерації в Україну вплинуло на життя мільйонів мирних жителів. Через численні порушення міжнародного гуманітарного права, фундаментальні права людини опинилися під загрозою. Масові руйнування, знищення цілих селищ і міст, пошкодження енергетичної та соціальної інфраструктури, переміщення, загибелі людей, випадки катувань та сексуального насильства, пов'язаного з конфліктом – все це далеко не повний перелік жахливих наслідків вторгнення.

За даними Міністерства соціальної політики, станом на початок 2023 року, близько 4,9 мільйона людей офіційно зареєстровані як внутрішньо переміщені особи (ВПО). Крім того, згідно з даними Управління Верховного комісара ООН у справах біженців станом на серпень 2023 року в світі зареєстровано близько 6,2 мільйона біженців з України. Окрім того, станом на травень 2023 року з початку повномасштабного вторгнення було зареєстровано 101, 543 випадки зникнення осіб. Хоча більшість людей було знайдено, понад 23000 людей, включаючи цивільних осіб та військовослужбовців, залишаються зниклими безвісти.

За кожною цифрою – людина. Слід розуміти, що за кожною цифрою стоїть не лише людина, яка безпосередньо постраждала від війни, але й її родина, близькі та друзі. Зазнавши неймовірних страждань, вони потребують не лише гуманітарної допомоги та державних послуг, але й людської підтримки.

Саме тому спеціалісти, які надають оперативну допомогу людям, постраждалим від війни, мають володіти відповідними навичками ефективної комунікації. Розуміючи це, Програма розвитку ООН в Україні за підтримки Уряду Японії запустила багатовимірну ініціативу, яка фокусується не лише на швидкій допомозі постраждалим від війни громадам з прибиранням завалів, розмінуванням, підготовкою критичної інфраструктури до зими, але й на розбудові можливостей національних партнерів надавати невідкладну допомогу

постраждалим від війни на основі міжнародних стандартів та з повагою до прав людини. В основі цього підходу – концепція людської безпеки, яка ґрунтується на трьох основних принципах: захисті, розширенні можливостей та згуртованості [8, 9].

Одним із ключових завдань цієї ініціативи є посилення спроможності державних і недержавних організацій як на національному, так і на місцевому рівнях задля зміцнення основ громадської безпеки, дотримання прав людини та забезпечення доступу до правосуддя для всіх, особливо для найбільш вразливих та маргіналізованих соціальних груп населення.

У березні 2023 року в межах проєкту «Програма розвитку ООН» за підтримки Уряду Японії вже провела пілотний тренінг для представників Секретаріату Уповноваженого ВРУ з прав людини та його регіональної мережі. Під час тренінгу учасники й учасниці вивчали психологічні основи спілкування з людьми, які постраждали від війни, з сім'ями та близькими військовополонених або загиблих, ветеранами, людьми, які отримали травми під час воєнних дій. Окрім цього, учасники тренінгу вивчали, як взаємодіяти з людьми, які перебувають у стані стресу, як говорити на складні теми та як забезпечувати особисту безпеку у кризових ситуаціях.

Довга історія військових кампаній США – від В'єтнаму до Афганістану – дала поштовх у розвитку психологічної реабілітації та загалом психологічної підготовки солдатів. Наприклад, ґрунтуючись на досвіді та сучасних напрацюваннях, Пентагон ще в ході планування операції проти Іраку в 2003 році прийняв рішення про включення до складу бойових частин спецпідрозділів, куди входили психіатри та психологи. Зроблено це було для того, щоб військовослужбовці могли за короткий термін, без відправлення їх у тил, пройти реабілітацію та повернутися до ладу [10]. Виявлення військовослужбовців, які зазнали впливу бойових стресів, та надання їм першої психологічної допомоги покладалися безпосередньо на командирів частин та підрозділів.

У сформований пласт професійної контрактної армії дає полі для організації структурованої системи психологічної допомоги військовослужбовцям. Існують різні проекти, програми підтримки як самих солдатів та офіцерів, так і їхніх сімей. Наприклад, деякі присвячені профілактиці суїцидальної поведінки є спеціальна програма An Army Reserve, яка опрацьовує можливі проблеми, пов'язані з обов'язками солдата. Вона покликана збалансувати армійське та громадянське життя військовослужбовця, зокрема допомогти йому вирішити кризові ситуації в сім'ї, такі як втрата близького на службі, розлучення, складні взаємини з дитиною.

Міноборони США сприяє наданню послуг у галузі поведінкового здоров'я солдатів та членів їхніх сімей. Сприяє оперативному керівництву за допомогою консультацій з командуванням, веде контроль безпеки та згуртованості підрозділів за допомогою управління та викорінення подій, що травмують, а також розвитку партнерських відносин між офіцерським складом і солдатами молодшої ланки. У цьому зацікавлені досвідчені фахівці в галузі психології, які, як правило, працюють у когнітивно-поведінковому напрямку. Психологи ведуть індивідуальну роботу з командирами підрозділів. Їм надають експертні знання, методики з питань поведінкового здоров'я та адаптивної взаємодії з підлеглими. Наприклад, складається психологічний профіль солдата, його особливості, сильні та слабкі сторони особистості. Проводяться планові консультації, чи (за запитом командира) тригером звернення може бути критичні інциденти, наприклад, підтримка підрозділів після втрат чи суїциду товариша [10].

Психологічна структура армії України влаштована інакше. Якщо за кордоном ставлення до психології завжди було більш «прицільним», і цьому напрямку науки віддавалося багато часу та фінансів (від психотерапії до проблем військової психології), то в цій проблемі було приділено мало ресурсів. Однак у України є сильна науково обґрунтована база, теоретична модель – напрацювання вітчизняних психологів – військові, післявоєнні експериментальні дані, яку можна інтегрувати у практичну діяльність.

У військових частинах армії України до штатного розкладу включено «начальник групи психологічної роботи» – це капітанська посада. У цю групу підлеглих зазвичай входять цивільні психологи та прикомандовані фахівці-контрактники з різних підрозділів, які мають психологічну освіту, як правило, це жінки. Кількість комплектування психологами військової частини залежить від загальної кількості особового складу. Психолог військової частини відповідає за організацію та стан психологічної роботи у підрозділі, за психологічний стан особового складу, дієвість роботи з підтримки психологічної стійкості та збереження психологічного здоров'я військовослужбовців. Він підпорядковується заступнику командира військової частини з виховної роботи, а зі спеціальних питань – психолога з'єднання [2, 3].

Психолог військової частини зобов'язаний знати психологічні якості кожного офіцера та прапорщика військової частини, всіх військовослужбовців окремих підрозділів військової частини, а також військовослужбовців, які потребують підвищеної психолого-педагогічної уваги. Він також повинен організовувати та проводити психологічну роботу при виконанні бойових (навчально-бойових) завдань, завдань бойової підготовки, бойового чергування (бойової служби), караульної та внутрішньої (чергової та вахтової) служб, повсякденної діяльності військової частини [11].

Це переважна більшість обов'язків психолога у армії. На жаль, часто робота йде лише на папері, і за фактом система медико-психологічної реабілітації та профілактики функціонує недостатньо добре. Керівники військових підрозділів найчастіше негативно ставляться до психологів і схильні знецінювати їхню роботу. Нерідко фахівцям-офіцерам, які намагаються повноцінно виконувати свої обов'язки, просто влаштовують булінг, що деморалізує та демотивує. Також іноді начальство «згори» ставить завдання, які в принципі суперечать цілям роботи військового психолога [11]. Крім того, очевидним є недолік професійних кадрів, що не дозволяє здійснювати більш поглиблене психологічне обстеження військовослужбовців, допомагати організовувати підрозділи та підвищувати ефективність військовослужбовців.

По-третє, зараз є проблеми з матеріально-технічним забезпеченням роботи психологів, із запровадженням перспективних методик психологічного обстеження військовослужбовців, які здатні вирішувати проблеми особового складу.

Систему належить змінити з урахуванням ситуації, що змінилася в країні та армії. Необхідно створювати «горизонтальні» та «вертикальні» зв'язки, змінювати мислення військовослужбовців. Організувати систему навчання психологів у взаємодії з Міноборони, спираючись на науково обґрунтовану базу, залучаючи психологів-фахівців, які вміють інтегрувати свої наукові знання на практиці, це може допомогти як у період війни, так і в майбутньому [12].

1.2. Форми і методи психологічної підтримки жертвам війни

Серйозний внесок у дослідження проблеми екстреної психологічної допомоги зробили фахівці, чия професійна діяльність пов'язана з наданням допомоги в умовах НС, що постраждали в НС, особам у кризових ситуаціях та, у ширшому контексті, особам, які пережили психотравмуючі події.

Екстрена психологічна допомога надається у разі, коли в результаті кризової ситуації або психотравмуючих подій виникли такі зміни в психічній діяльності, які викликаючи дезадаптацію особистості, порушують функціональний стан особистості, процеси цілепокладання та контролю, можливість прийняття рішень, регуляції емоційного стану [5, 12].

Під екстреною психологічною допомогою розуміється система короткострокових заходів, вкладених у регуляцію актуального психологічного, психофізіологічного стану та негативних емоційних переживань людини чи групи людей, які постраждали внаслідок кризової чи надзвичайної події з допомогою професійних методів, відповідних вимогам ситуації. Основними цілями кризового втручання є стабілізація стану постраждалих, зняття чи

зменшення гострих симптомів дистресу та відновлення незалежного функціонування.

До необхідності залучення психологів до НС з метою екстреної психологічної допомоги приходили поступово. Трагічні події масового масштабу після нападу росії на Україну в 2022 році призвели до усвідомлення позитивної ролі психологів у запобіганні та зниженні негативних наслідків НС для психічного здоров'я людей, які пережили такі катастрофи.

Принципи надання спеціалізованої допомоги при НС висвітлено у документі, що визначає порядок міжвідомчої взаємодії при наданні спеціалізованої психотерапевтичної, психологічної та психіатричної допомоги при НС. Це принципи: 1) невідкладності; 2) передбачення подальшого розвитку розладів (патогенетичний принцип); 3) пролонгованості спеціалізованої допомоги; 4) етапності та наступності; 5) відомчої компетенції та міжвідомчої координації; 6) доцільність; 7) територіальності; 8) черговості оповіщення; 9) попередження негативних наслідків для якості спеціалізованої допомоги через стресові розлади та захворювання серед фахівців, які надають допомогу [12].

Слід враховувати, що у надзвичайних та кризових ситуаціях постраждали та їхні близькі гостро потребують інформаційної, соціальної, медичної та інших видів допомоги. Комплексний підхід при наданні допомоги забезпечує відновлення докризового рівня функціонального стану людини, здатність до адекватного сприйняття реальної дійсності та поведінки в даних умовах, запобігання виникненню психосоматичних захворювань та психічних розладів.

Якщо говорити про надання ЕПП у НС, то з урахуванням характеру та ступеня тяжкості поразки постраждалих визначено черговість підключення різних спеціалістів до надання допомоги. Їхні дії спрямовані на встановлення правопорядку, порятунк людей, попередження розвитку факторів НС та їхнього подальшого впливу на постраждалих. До надання медичної допомоги підключаються лікарі. Департамент соціального захисту населення кожного міста вирішує питання соціального плану в контексті тієї ситуації, яка скалалася. У разі загрози психічному та психологічному здоров'ю потерпілого

підключаються психотерапевти та психологи МНС, Департаменту охорони здоров'я, Департаменту сімейної та молодіжної політики, Департаменту освіти [11, 12].

Як було зазначено раніше, екстрена психологічна допомога надається у разі, коли внаслідок кризової ситуації або психотравмуючих подій виникли такі зміни в психічній діяльності, які, викликаючи дезадаптацію особистості, порушують функціональний стан особистості, процеси цілепокладання та контролю, можливість прийняття рішень, регуляції емоційного стану. Екстрена психологічна допомога особам, у яких відбулися порушення такого типу, дає змогу стабілізувати стан постраждалих, зняти або зменшити гострі симптоми дистресу, відновити функціональний стан, здатність регуляції емоційного стану та поведінки.

У ситуації НС екстрена психологічна допомога надається:

- особам, які безпосередньо постраждали при позаштатних та надзвичайних ситуаціях, у тому числі пораненим та хворим;
- рідним та близьким постраждалих та населенню, що перебуває безпосередньо в зоні позаштатних та надзвичайних ситуацій або поза нею;
- очевидцям події, які також можуть одержати психологічну травму;
- співробітникам служб, що здійснюють у зоні позаштатних та надзвичайних ситуацій рятувальні та інші роботи; медичним працівникам, які надають допомогу постраждалим як у зоні позаштатних та надзвичайних ситуацій, так і в лікувальних закладах; співробітникам соціальних та психологічних служб, які беруть участь у усуненні наслідків надзвичайних ситуацій;
- особам, які не перебували в зоні позаштатних та надзвичайних ситуацій і не зайняті у наданні допомоги постраждалим, у яких розвинулися ті чи інші відхилення у стані психічного здоров'я та поведінці у зв'язку з впливом стресових факторів, зумовлених інформацією про ситуацію (отримано так звану «вторинну травматизацію»), або загострилися психічні розлади, що раніше існували, актуалізувалися травми, отримані раніше [11, 12].

Екстремальні, кризові, надзвичайні ситуації викликають зміни у когнітивній, емоційній, поведінкових сферах психіки людини.

Так, у когнітивній сфері на рівні процесів спостерігаються зміни (порушення відчуттів, уваги, мислення, пам'яті та, як наслідок, сприйняття), а також порушення процесів ухвалення рішення, контролю, регуляції станів.

Змінюється стан людини. Емоційна сфера характеризується такими проявами, як тривога; страх, крайнім виразом якого є страх; панічне стан; необґрунтована агресія; гнів; почуття провини; туга, пригніченість, апатія. Внаслідок порушення почуття безпеки втрачається довіра до людей і, загалом, до світу [13, 14].

Виникають соматовегетативні порушення: порушення сну, апетиту, зниження ваги (або підвищення), енергетичного тону, спостерігається збліднення або почервоніння обличчя, посилюється потовиділення, з'являється напруга в м'язах, тремор, тремтіння або навпаки млявість [14].

У конативній (поведінковій) сфері часто спостерігається дезорганізація поведінки, що полягає або втраті контролю, цілеспрямованості поведінки, що виражається в безцільній активності, або пасивності (реакції завмирання). Якщо ж говорити про характер взаємодії, спілкування, взаємин у цілому, то в цих сферах спостерігається агресивна поведінка (не завжди обґрунтована), конфлікти, пошук винних, відчуження [15].

У випадках об'єднання постраждалих у малі чи великі групи, за певного збігу обставин, можуть виникнути масові психічні явища – зараження, паніка, чутки. Для того, щоб керувати цими явищами, фахівець, який надає допомогу в екстремальних умовах, повинен володіти хорошими знаннями у всіх галузях психології, у тому числі в галузі соціальної, вікової, екстремальної психології, психології праці, психіатрії та ін [16].

У кризовій ситуації можливі два види психологічної допомоги: кризове консультування та кризова психотерапія. Будь-яка ситуація, що раниць викликає зміни у почуттях, поведінці та думках людини. Кризове консультування проводиться тоді, коли трансформації підконтрольні людині, і

він може самотійно впоратися з ними. Кризове консультування, як правило, не довгострокове, і найчастіше ґрунтується на тактиці інформування [15, 16].

Якщо ж негативні зміни набувають тривалого, затяжного характеру та виявляються поза зоною самотійного контролю, то виникає необхідність у професійної психотерапевтичної допомозі. Кризова психотерапія на відміну від консультування більш довгострокова, включає роботу із станом людини, оцінку психічної динаміки його стану протягом всього курсу зустрічей. У кризовій психотерапії велика роль віддається дослідженню відносин, що розвиваються між клієнтом (пацієнтом) та психотерапевтом, враховується динаміка цих взаємин.

Основні засади кризової психологічної допомоги [15, 16, 17].

1. Емпатичний контакт. Під емпатією розуміється здатність співпереживати, відчувати те, що відчуває інша людина, бачити світ її очима. Емпатія не допускає формального ставлення до людини. Розвиток емпатії передбачає можливість вийти за межі традиційних взаємин і проникнути в глибину людського страждання. Коли емпатія поєднується зі щирим прагненням посилити віру потерпілого у себе, у свої власні можливості, виникають зміни.

2. Слухання та розуміння. Надаючи кризову допомогу, важливо не просто дотримуватись схеми консультування. Професіоналу дуже важливо не лише розібратися у психологічних проблемах потерпілого, а й оцінити його потенціал перед тим, як застосовувати ту чи іншу методику роботи.

3. Об'єктивність та реалістичність. Перш ніж надавати будь-яку допомогу, важливо зрозуміти структуру кризової ситуації, визначити потреби того, хто звертається за допомогою [17].

4. Високий рівень активності психолога. Психологу важливо виявляти активність у встановленні контакту з людиною, яка переживає кризу. Важливо виявити той спосіб та рівень контакту, який доступний постраждалому.

5. Обмеження цілей. Найближча мета кризової психологічної допомоги – запобігання катастрофічним наслідкам. Тому психологу важливо підтримати відновлення психологічної рівноваги постраждалого

6. Екологічність. Надаючи допомогу, важливо пам'ятати принцип «не нашкодь». Важливо ретельно вибирати техніки та прийоми кризової роботи, не провокуючи та не посилюючи тяжкості стану. Крім того, важливо пам'ятати, що кризова допомога являє собою частковий внесок у відновлення психічного здоров'я постраждалого. У зв'язку з цим, необхідно взаємодіяти з іншими фахівцями, що допомагають, враховуючи їх внесок.

7. Орієнтація на особистісне зростання та розвиток. Кризовий стан має розглядатися не як хвороба, а як нормальна реакція на ненормальні обставини. Криза – це процес особистісного розвитку, у тому випадку, якщо він буде подолано позитивно, то особистість перейде на якісно нову сходинку. Отже, реабілітаційну роботу слід розглядати як допомога процесу особистісного розвитку, а чи не як лікування.

8. Повага. Людина, яка переживає кризу, сприймається як знаюча, цілком компетентний, незалежний, що прагне знайти впевненість у собі, зробити самостійний вибір [17].

9. Підтримка. При роботі з подолання кризи психологу важливо насамперед чергу зосередитися на відновленні системи підтримки та самопідтримки потерпілого.

У роботі фахівця – психолога при наданні допомоги у кризових ситуаціях пред'являються особливі вимоги до особи людини. Ці вимоги можна поєднати у три групи [12, 18].

1) Професійна компетенція. Важливо, щоб консультант мав високу компетенцією, добре розумівся на механізмах виникнення кризової ситуації, міг диференціювати вид кризи, її тяжкість та етап, помічати її феноменологію.

2) Особистісна компетенція. Передбачає здатність консультанта зберігати емоційну стійкість при взаємодії з постраждалим, умів слухати, вчасно помічати зміни свого стану. Відзначати у себе як зайву включеність, і

відстороненість від почуттів звертається за допомогою. Важливо, щоб консультант був досить зрілим та мав свій власний досвід подолання кризових ситуацій.

3) Професійність консультанта визначається так само його здатністю і відкритістю для власних звернень за психологічною та супервізійною допомогою.

Психотерапевтичні та психокорекційні напрямки, що використовуються при наданні екстреної психологічної допомоги, припускають можливість короткострокового впливу методу. На наш погляд необхідний цілісний підхід, інтегральні методи консультування та психотерапії. Це такі напрямки, як нейро-лінгвістичне програмування, телесноорієнтована терапія, арттерапія, короткострокова позитивна терапія, сугестивні техніки, релаксаційні методи та методи, спрямовані на саморегуляцію, раціональна психотерапія, психокаталіз та інші. Зупинимося небагато докладніше кожному з перерахованих методів [18].

Нейро-лінгвістичне програмування (НЛП) – досить новий напрямок психотерапії. У 1973 р. вийшла перша книга, присвячена цьому методу; написана Джоном Гріндером та Річардом Бендлером. НЛП має унікальними можливостями, у тому числі й при наданні екстреної психологічної допомоги, Це ціла концепція консультування, орієнтована на реальний результат, причому максимально швидко та безболісно для клієнта, що особливо важливо та критичної ситуації. Безліч технік, що пропонуються в рамках цього напрямку, дозволяють ефективно справлятися з поставленими завданнями у межах надання екстреної психологічної допомоги. Найчастіше при наданні екстреної психологічної допомоги використовуються невеликі, компактні техніки НЛП, наприклад техніка «коло сили», техніка швидкого лікування фобій, техніка зміни модальностей та інші [19].

Тілесноорієнтована терапія зародилася і ХХ ст., її прабатьком можна вважати Вільгельма Райха та його послідовника Олександра Лоуена. Цей вид психотерапії дуже важливий за екстреної психологічної допомоги, оскільки

будь-яка стресова ситуація впливає на тіло людини, позначається на рухах, диханні, м'язовому напруженні, загальному тонусі. Стрес часто викликає проблеми зі здоров'ям психосоматичної природи (виразка шлунка, гіпертонія та ін.). Таким чином, забезпечення нормального психологічного самопочуття безпосередньо залежить від комфорту тілесного, фізичного. Часто люди, які потрапили в кризову ситуацію, не можуть спати, забувають їсти, у них починається загострення хронічних захворювань або, навпаки, може посилитися апетит, настання поліпшення стану здоров'я. Такі прояви є результатом дії процесу адаптації [19, 20].

Вкрай важливим у подібній ситуації є турбота про тілесне, фізичне комфорт. Розслаблення м'язового каркасу дозволяє отримати повноцінний відпочинок та відновлення сил, що вкрай бажано у кризовій ситуації, фізична підтримка дозволяє людині відчувати, що вона не самотня перед обличчям нещастя, що спіткало його. Набір технік тілесноорієнтованої психотерапії досить великий і використовується фахівцями-психологами в широкому діапазоні ситуацій для надання допомоги постраждалим [20].

Використання метафор, історій, казок є досить ефективним методом при роботі з травмою як з дорослими, так і з дітьми. Вони можуть бути представлені клієнту як у готовому варіанті, так і вигадувати і промовлятися самим клієнтом. У припустимих формах допомагає гумор. Така форма роботи дозволяє висловити проблему в непрямій формі, безпосередньо не стикаючись з травмою, і в той же час все ж таки дає можливість повторного переживання, відреагування, наділення травматичного досвіду новим змістом, в результаті чого формується новий погляд на проблему, що хвилює його, відбувається усвідомлення варіантів її сприятливого рішення [20].

Кататимно-імагінативний підхід, або кататимне переживання образів, символдрама відноситься до сучасних напрямів глибинної психології і активно застосовується при корекції особистісних порушень, в роботі з невротами, психосоматичними розладами. Науковий період пов'язані з іменами З. Фрейда і Й. Брейера, До. Юнга, потім Х. Лейнера, Х. Хенинга та інших. На сьогоднішній

день багато психотерапевтичних шкіл використовують імагінації для своїх інтервенцій. Робота з ресурсними символічними та позитивними образами дозволяє повернути відчуття життя, гармонії, балансу, стійкості, втрачені при травмі [20, 21].

Психодрама. Поява психодрами на початку ХХ століття пов'язана з ім'ям Я.Л. Морено, Г. Лейтс і пізніше набуло, поряд із соціометрією, широкого поширення, завдяки, в тому числі, З. Морено, Й. Хёгберг та ін. Психодрама дозволяє досліджувати життєву ситуацію за допомогою її відтворення та відігравання (у груповій та індивідуальній формі). Протагоніст (клієнт) є одночасно драматургом, режисером та актором в одній особі. Для роботи з травмою може бути використана (залежно від цілей та завдань) будь-яка психодраматична техніка. Так, з метою усвідомлення наявності, пошуку та активації ресурсів (соціальних, матеріальних, творчих) в особистому просторі у різних сферах життєдіяльності людини, ефективною та показовою є робота з використанням техніки «Соціальний атом». Техніка «Географічний простір» дає можливість усвідомлення позитивної соціальної та особистісної ідентичності (крім інших позитивних ефектів). Створення психодраматичної сцени, побудова геносоціограми, використання технік Дублювання, Дзеркала, Обміну ролями, Порожнього стільця, Листи, Генограми (що дозволяє відчутти потужний ресурс особистості в кризовій ситуації з боку роду) та інших технік, дають можливість усвідомлення, прийняття та відреагування своїх почуттів, нового погляду на ситуацію, завершення незавершених дій, усвідомлення своїх ресурсів (як внутрішніх, так і зовнішніх) у складній життєвій ситуації та оптимального її вирішення [21].

Термін «арт-терапія» з'явився в 1938 р., завдяки роботі Адріана Хілла з хворими на туберкульоз. Пізніше цей термін став вживатися стосовно до всіх видів занять мистецтвом, які проводяться з метою психологічної допомоги, Арттерапія – потужний інструмент, що дозволяє висловити почуття і емоції, у тому числі й негативні, у символічній формі, опрацювати пригнічені почуття та думки, діагностувати внутрішній стан клієнта. Це уможливорює досить широке

використання прийомів арттерапії для надання психологічної допомоги у надзвичайних ситуаціях [21].

Особливо значною є можливість застосування прийомів арттерапії на допомогу дітям, починаючи з дошкільного віку. Провідна діяльність дошкільника продуктивна (малювання, ліплення, конструювання, рольова гра), що дозволяє легко залучити дитину до процесу малювання, та зробити допомогу максимально ефективною. Велика кількість технік арттерапії, зручність поєднання цих технік з техніками, що належать до інших напрямків, наявність компактних технік, можливість застосовувати різні методики за мінімального набору інструментарію дозволяють успішно застосовувати прийоми арттерапії з метою надання екстреної психологічної допомоги [19, 21].

На сучасному етапі існує безліч психотерапевтичних концепцій, які використовують навіювання, сугестивний вплив, до них можна віднести еріксонівський гіпноз, аутогенне тренування та багато іншого. Сугестивний вплив, техніки занурення клієнта в особливі стани свідомості людині з давніх часів. Застосовуючи сугестивну техніку, фахівець може апелювати до неусвідомлюваних переживань клієнта, минаючи цензуру свідомості.

Часто в екстремальній ситуації для людини, яка втратила будинок, рідних, свідомості з'являються табу, наприклад, на те, щоб почуватися щасливим не тільки зараз (що зрозуміло і природно), а й у майбутньому. Техніки навіювання різноманітні, серед них є такі, застосування яких економічно за часом, не вимагає додаткового інструментарію, і ті, застосування яких можливе в будь-яких умовах (не обов'язково ізольоване приміщення і т.д.)

Існує безліч методів релаксації та саморегуляції. До них можна віднести сугестивну техніку аутогенного тренування, техніку активної м'язової релаксації, техніку пасивної м'язової релаксації, медитації, а також безліч інших методів. Використання цих методів у екстремальних умовах дозволяє спеціалісту-психологу у вирішенні численних проблем: при наданні допомоги постраждалим, їх родичам; для підтримки фахівців, які беруть участь у ліквідації наслідків НС, та фахівців, які забезпечують соціальну допомогу та

підтримку постраждалих; дуже важливо застосування цих методів для забезпечення високої працездатності самих психологів [22].

Сутність методу раціональної психотерапії полягає в тому, що фахівець, апелюючи до свідомості клієнта, переконує його та формує вірне ставлення до навколишньої дійсності, ситуації, подій. В екстремальній ситуації, у ситуації, коли сталася подія, яка різко змінила життя людини, порушуються когнітивні процеси і людина під впливом емоцій може робити невірні висновки про те, що сталося, чи загрожує йому небезпека і в якому обсязі вона загрожує, хто винен у тому, що сталося. За допомогою раціональної психотерапії можна відновити правильний причинно-наслідковий порядок. Застосування цього методу дозволяє знизити психологічну напругу у постраждалого. В умовах ліквідації наслідків надзвичайної ситуації цей метод може застосовуватися індивідуально та у міні-групах. Застосування раціональної психотерапії економічно за часом і не вимагає особливих умов.

У кожній конкретній ситуації спеціаліст-психолог застосовує не один конкретний метод, а скоріше набір технік, методик, які поєднуються один з другим і підходять конкретному клієнту. Тому підхід до надання екстреної психологічної допомоги вважається еkleктичним. Залежно від ситуації, її умов, індивідуальних особливостей клієнта вибирається або розробляється індивідуальна тактика роботи із постраждалим. У психологічній роботі можуть бути використані не тільки описані методи, але й інші методи, технології надання психологічної допомоги, які за своїми можливостями відповідають поставленим цілям, завданням та технічним можливостям.

Метод психокаталізу. Допомагає вже на першому сеансі зняти сильне психологічне напруження, страх, позбутися «непотрібного».

Одночасно зі становленням поведінкової психології травми інтенсивно розвивався психодинамічний підхід до вивчення травматичних порушень психіки. На думку прихильників цього підходу, важливо досліджувати як зовнішні прояви травматизації, наприклад, різні форми дезадаптивної поведінки, порушення спілкування, психосоматичні розлади, а й те, що

Дональд Калшед назвав «внутрішнім світом травми». Це область травматичної фантазії, сфера дії травматичних захистів, які знаходять відображення в образах, сновидіннях, численних способах символізації хворобливого досвіду, у специфічних патернах переживань та стосунків до світу.

Тільки доступ до цього багатого афективного і символічний матеріал, прихований за поверхневою мозаїкою симптомів, може забезпечити глибинне опрацювання травми та реінтеграцію травмованої психіки. Спроба побудувати психологічну допомогу лише за принципом зняття симптомів, анестезії душевного болю та реадаптації до соціального оточення навряд чи досягне успіху, оскільки такий підхід, що передбачає погляд ззовні, без занурення у глибини індивідуального досвіду травми, не враховує один із найпотужніших факторів травматизації – травматогенний ефект несвідомих фантазій.

Джерелом травми є не тільки об'єктивна подія, що травмує, але також імагінативна активність психіки, що формує на основі пережитого одного разу страшну та фантастичну картину світу, населеного ворожими, загрозливими сутностями, позбавленого стабільності і безпеки і не заслуговує на довіру.

Одним із парадоксів функціонування «ушкодженої» психіки є формування внутрішнього механізму самоушкодження та самотравмування, який проявляється у роботі травматичної фантазії і призводить до повторної травматизації [23].

Іншими словами, інтрапсихічні захисні механізми, покликані забезпечувати самозбереження та стресостійкість особистості, під дією травми починають функціонувати в патогенному режимі. З цим феноменом пов'язане уявлення про множинність травми: травмують не тільки спогади, але й нав'язливі образи, повторювані нічні кошмари, деструктивні «внутрішні об'єкти», проєкції яких підміняють враження зовнішнього світу.

Професійний психолог повинен вміти розпізнавати патологічні прояви в мисленні, емоційній сфері, поведінці, міжособистісних відносинах, щоб не допустити помилки під час інтерпретації індивідуально-психологічних особливостей клієнта і не пропустити психіатричні розлади. Така позиція,

передбачає обізнаність психолога в питаннях феноменології психічних захворювань, а також чітке усвідомлення меж своєї професійної компетенції, а вже їх лікуванням повинен займатися фахівець з медичною освітою. Необхідність правильного розуміння зони своєї компетенції стає особливо актуально, коли мова йде про психічні розлади, коли клієнт стає об'єктом необґрунтованого і недоцільного втручання з несприятливими наслідками не тільки для стану хворого, але і для професійної самооцінки самого психолога.

Психолог – фахівець в міждисциплінарній галузі. До нього ставляться досить високі вимоги: ерудованість, гнучкість мислення, допитливість, відкритість до нових знань, толерантність до невідомого. Ситуація невизначеності, в якій доводиться працювати психологу, часто перевантажує його тривогою і перевіряє на міцність його адаптивні можливості. Уміння справлятися з ситуацією невизначеності і виникаючою стосовно неї тривогою належить до числа професійних навичок психолога. Професійна зрілість психолога означає прийняття ним відповідальності за особистісні потреби, визнання їх існування, розуміння їх динаміки і має на увазі вміння тримати їх відносно ненав'язливими.

Для людини, яка пережила психотравмуючу подію необхідне своєчасне надання якісної психологічної допомоги від фахівців-психологів, адже це є великим стресом і великим випробуванням для особи. Для того, аби справитися з цим непростим досвідом людині потрібен час, ресурс та підтримка оточуючих. Завдяки цій підтримці, розділенні досвіду з близькими особами, осмисленні пережитого відбувається інтеграція цього досвіду – особа може усвідомити, що з нею сталося, осмислити пережите і тоді далі продовжувати жити і працювати [23].

1.3. Вокальна терапія як інструмент психологічної підтримки жертвам війни

Арт-терапія (від англійського слова art «мистецтво» + терапія) – це область психотерапії та психологічної корекції, заснована на використанні мистецтва та творчості в терапії. Основна мета арт-терапії – гармонізувати душевний стан людини за рахунок розвитку здатності до самовираження та самопізнання. Значення використання мистецтва в терапевтичних цілях полягає в тому, що арт-терапію можна використовувати для символічного вираження та дослідження різних емоцій та почуттів [18, 19, 20].

Арт-терапія є приватною формою терапії творчістю та пов'язана, головним чином, з так званими візуальними мистецтвами (живописом, графікою, фотографією, скульптурою, а також їх різними комбінаціями з іншими формами творчої діяльності). У вітчизняній літературі Найбільш близьким західному поняттю арт-терапії є ізо-терапія. У групу різних видів терапії творчістю поряд, з арт-терапією, входять також музико-терапія, драма-терапія, терапія танцем та рухами тощо. Деякі автори відносять до терапії творчістю (або терапії творчою самовираженням) також і терапію творчим спілкуванням з мистецтвом та наукою, терапію творчим колекціонуванням та інші форми творчої діяльності, що мають психотерапевтичне та психопрофілактичне значення. Арт-терапія має давнє походження. У певному сенсі її прототипом є різні види сакрального мистецтва, нерідковикористовуваного з лікувальною метою і включає сугестивномагічний, дидактичний, естетичний та інші компоненти терапевтичного впливу.

Термін арт-терапія ввів у вжиток 1938 р. Адріан Хілл. Піонери арт-терапії спиралися на ідею Фрейда про те, що внутрішнє «Я» людини проявляється у візуальній формі щоразу, коли він спонтанно малює і ліпить, а також на думки Юнга про персональні та універсальні символи. Центральна фігура в арт-терапевтичному процесі – не пацієнт (як хвора людина), а особистість, яка прагне саморозвитку та розширення діапазон своїх можливостей [18].

Нове зростання інтересу до терапії творчістю, зокрема, до арт-терапії,

відзначається приблизно з середини ХХ століття, коли вона стала все ширше використовуватися як різновид терапії зайнятстю переважно у психіатричних та загальносоматичних госпіталях. За винятком окремих випадків, вона розглядалася як фактор вторинної психопрофілактики та психотерапії, що дозволяє долати наслідки соціальної ізоляції хворих.

Останні два-три десятиліття арт-терапія, синтезувавши у собі досягнення більшості психотерапевтичних підходів, що починає оформлятися в самостійний метод із власною методологією та різноманітним, високодиференційованим інструментарієм. Хоча накопичення та узагальнення емпіричних даних, пов'язаних з арт-терапією, дещо випереджає розвиток її теорії, застосування деяких теоретичних уявлень сприяло виходу арт-терапії на рівень самостійного психотерапевтичного методу. Серед цих теоретичних уявлень останнього часу є найбільш значущими є, зокрема, такі:

–психологія ігрової діяльності, концепції онтогенетичного розвитку різних видів ігрової активності;

–психологія змінених станів свідомості, що трактує арттерапевтичну активність у стані творчого натхнення як прогресивний адаптаційний механізм, один із безлічі компонентів цілісної реакції організму, спрямованої на досягнення динамічного рівноваги;

–сучасні уявлення загальної теорії систем, що стосуються психічної діяльності, зокрема, концепція множинності відповідей психіки на стан стресу, хвороби та духовної кризи. Згідно з цим уявленням, що зцілюють сили, властиві кожному живому організму і психіці можуть діяти у двох напрямках. Після порушення організм і психіка можуть повернутися у свій колишній стан унаслідок різних процесів самозбереження. З іншого боку, організм та психіку може охопити процес самотрансформації, що включає стадії кризи та переходу і що призводить до зовсім іншого стану рівноваги. Творча активність розглядається при цьому як значущий фактор розвитку адаптивних реакцій цього типу;

–трансперсональна методологія, що розглядає арт-терапію як універсальний метод, що сприяє інтеграції біографічного, перинатального та трансперсонального досвіду, а також балансу так званих хило- та холотропічного модусу психічної діяльності.

Вокальна арт-терапія – це вид психологічної корекції та супроводу соціальної адаптації особистості будь-якого віку, заснований на застосуванні для терапії мистецтва, музики та вокалу. Вокальна арт-терапія проводиться з метою на психоемоційний стан особистості. Музична арт-терапія зазвичай включає лікування музикою та іншими видами мистецтва, щоб вплинути на психоемоційний стан людини.

Музикотерапія у ХХ столітті оформилася до кількох шкіл. Шведська школа (засновник - А.Понтвік) висунула концепцію психорезонансу, що виходить із того, що саме музика здатна проникнути в глибинні пласти людської свідомості, які можуть вступати в резонанс з озвученою музичною гармонією та виявлятися назовні для аналізу та розуміння. Лікувальний ефект американського напрямку музичної психотерапії ґрунтується на ідеях традиційного психоаналізу. Під час сеансу психотерапевт за допомогою музики доводить пацієнта до катарсової розрядки і цим полегшує його стан. У зв'язку з цим велике значення має підбір музичних творів, які викликають необхідні переживання. Американські музикотерапевти розробили великі каталоги лікувальних музичних творів найрізноманітніших жанрів та стилів з обліком симулюючої або заспокійливої лікувальної дії [24].

Німецька школа (Швабе, Келер, Кеніг), виходячи з тези психофізичної єдності людини, основну увагу звернула на розвиток різних форм комплексного використання лікувальної дії різних видів мистецтв [25].

Особливу роль у розвитку музикотерапії належить паризькій школі професора Альфреда Томатіса, який звернув увагу на фантастичну цілющу ефективність музики Моцарта, її здатність стимулювати інтелект і зцілювати людину навіть від невиліковних хвороб [26].

Антоніо Менегетті (Італія) розробив основи онтопсихологічної музикотерапії, спрямованої як на лікування, скільки на профілактику хвороби, за допомогою комплексної дії через спів, звук, танець.

Музична арт-терапія заснована на процесі прослуховування музики та створення музики. За допомогою музичної арт-терапії у людини з'являється здатність регулювати та розвивати емоційну сферу особистості. Інструменти музичної арт-терапії допомагають гармонізувати людини з природним та соціальним середовищем. Причини цього в тому, що в музиці закладено фундаментальні принципи, такі як ритм та звук усіх живих істот. За допомогою музики ви можете допомогти своїй дитині відчувати ритми природи та життя людини, відчувати різні звуки та гармонії навколишнього світу, продемонструвати унікальність конкретних біоритмів, розкрити особливості звуку та через нього Ви можете навчити конкретним особистим якостям.

Було виявлено, що музика має три основні фактори, що впливають на багато сфер життя людини: вібрацію, фізіологічний і психічний. Звукові коливання є стимуляторами обмінних процесів в організмі на клітинному рівні. Ці коливання здатні змінювати різні функції організму (дихальні, рухові, серцево-судинні). Психічний стан людини також змінюється через асоціативні відносини, що виникають у процесі сприйняття та відтворення музики [27].

Одна зі складових музичної арт-терапії – вокальна та дихальна гімнастика. Основна мета розвитку вокалу – підвищення адаптивності та резервні можливості людського організму. І, звичайно, важко переоцінити значення пісні як художнього явища та засоби самовираження. Також добре відомо про позитивний вплив пісні на психоемоційний фон людського тіла.

Сприйняття музики людиною – це процес розшифрування слухачем тих почуттів та думок, які включені в музичний твір та повторюються виконавцем. Як душа композитора, який живе музикою, вступає в своєрідний діалог із серцем слухача, так і переживання минулих поколінь передаються майбутнім поколінням. Але слухати всю музику по-різному пояснюється тим, що внутрішній світ у всіх різний. Вплив музичного твору на слухача часто

залежить не від змісту музичного твору, а від психологічного стану слухача, умов його навчання та того, як склався музичний досвід [28, 29].

Насправді обмежень на сприйняття музики всіма людьми немає. Сприйняття музики може відбуватися на свідомому чи несвідомому рівні. Емоції відіграють центральну роль процесі музичного сприйняття. Відбиті емоції – це повний набір людських переживань, як позитивних, і негативних. Музика емоційна за своєю суттю, та тому емоційне знання її - чудова можливість розвинути емоційну сферу.

У порівнянні з іншими видами мистецтва художні образи закодовані у музичному творі, найбільш абстрактні. Психотерапевтичні особливості людини, наприклад: чутливість та слабкість нервової системи, несвідомо її рухливість та динаміка змушують людину віддавати перевагу музиці, що відповідає її психодинамічних характеристик. Музичні ритми, ймовірно, впливають на біоритмічні структури мозку, які відповідають частоті ритмів, сприймаються під впливом музики. Зі зростанням музичного досвіду та розширенням кругозору розвиваються музичні здібності, покращуються психодинамічні параметри біоритму мозку, змінюються музичні доповнення [29].

Щоб музика мала найбільший вплив на слухачів, її необхідно налаштувати та підготувати до неї. Вам потрібно зручно сісти, розслабитися та звертати увагу на звуки музики. Музика має бути музикою, до якої слухач іде і відвідує найпотаємніші куточки душі. сам композитор, який створив цю музику. Справжня краса музики полягає у здатності відчувати цю єдність не тільки з тонами та звуковими хвилями, але й за допомогою музики, щоб об'єднати вашу природу, з іншими людьми, вашими людьми та людством у цілому і знайти психологічну стабільність, яку ви потребуєте і психічне здоров'я.

Прослуховування музики використовується як в індивідуальній, так і в груповій роботі. Кожну з цих форм можна продемонструвати у трьох типах музичної терапії: рецептивної, активної та інтегративної. Рецептивне

сприйняття музики засноване на взаємозалежності музики та руху. У мові жестів завжди відображаються міміка, пози, рухи, внутрішній емоційний стан дитини. Ритмічні рухи працюють як засіб невербального спілкування та зняття емоційної напруги.

Традиційна форма роботи, заснована на пасивному сприйнятті музики, по-перше, є каталізатором емоційних процесів, по-друге, як музичне тло при малюванні, по-третє, як засіб відпочинку, посилює залучення слухачів до робочого процесу

Активна робота з музичними образами включає:

1) вправи на самосвідомість через музику (опис емоційно змісту музики, її порівняння з ситуацією);

2) вільно танцювати під музику, що дозволяє самовираження, вивільнити двигун;

3) малюнок музичних образів, зокрема групових, у яких розробляються моделі оптимальної взаємодії з однолітками;

4) музичні замальовки – індивідуальні імпровізації на тему (наприклад, «Моя ситуація»).

5) діалоги на інструментах, в яких люди спілкуються один з одним допомогою музичних інструментів, сприяють їх взаєморозумінню, удосконалюють стиль поведінки;

6) «жива музика», коли той самий тон виконується у різних тонах (Наприклад, міцна колискова, іноді лякає, іноді радісна і т. д.) [17].

Приклади музикотерапевтичного впливу:

– багаторазово підтверджено факт: ре-мажорна соната Моцарта зупиняє напади епілепсії і навіть позбавляє її;

– знаменитий французький актор Жерар Депардьє позбавився заїкуватості за 3 місяці, щодня слухаючи за порадою лікаря музику Моцарта.

– бразильські вчені провели експеримент, у якому взяли участь 60 пацієнтів, які страждали на різні порушення зору. Половина учасників готувалися до вивчення зору музику Моцарта. Інші чекали початку тестування

у повній тиші. Пацієнти, які чекали початку тесту під музику Моцарта, краще фокусували зір та впоралися із завданням значно швидше, ніж ті, хто готувався до тестування в тиші.

– медики вважають, що музика сприяє розслабленню м'язів, особливо при прискореній ходьбі та бігу, і може застосовуватися як додаткової реабілітаційної терапії для підтримки гарної фізичної форми сердечників та людей, які страждають від ожиріння. Крім того, музика має стимулюючу дію на настрій та емоції, дозволяючи підтримувати спортивний дух і тим самим довгостроково впливаючи на фітнес-досягнення.

– лікарі дійшли висновку, що улюблена музика може сприяти розширенню судин та зниження рівня холестерину в крові.

– прослуховування музики певного типу здатне уповільнити серцебиття та знизити кров'яний тиск. Дослідники перевірили різні комбінації музики та тиші та з'ясували, що найкраще на кровотік і серце діють мелодії, багаті на акценти і чергують швидкі та повільні такти. Арії Верді, яким передують 10-секундні музичні вступи, виявилися чудово синхронізованими із серцево-судинним ритмом [30].

Цілком очевидно, що психологічна робота в екстремальних умовах – це складний комплекс діяльності різних фахівців, що включає різні методи та технології роботи з людьми, які опинилися в обставинах, які не піддаються розумінню та контролю. Пошук форм стабілізації може охоплювати різні сфери життя людей та різні сфери їх свідомості та діяльності. У кожному конкретному випадку необхідно правильно виділити цю сферу, визначити життєві цінності, що сприяють забезпеченню адекватної та ефективної допомоги потерпілим дітям та їхнім сім'ям.

Арт-терапія заслужено визнана однією з найефективніших форм психологічної допомоги у кризових ситуаціях. Незважаючи на те, що цей напрямок психотерапії виник порівняно недавно, в даний час арт-терапія застосовується практично при всіх формах фізичного розвитку. Цей метод побудований на використанні мистецтва як символічної діяльності та

заснований на стимулюванні творчих процесів. Мистецтво в особливо символічній формі реконструювати конфліктну ситуацію, що травмує, допомагає відреагувати почуття, пов'язані з перенесеною травмою.

Ефективність застосування музичної, в тому числі вокальної терапії в лікуванні полягає в тому, що цей метод дозволяє експериментувати з почуттями, спілкуватися та висловлювати їх на символічному рівні. Терапія мистецтвом нині стає дуже популярною як у Заході, і в Україні.

Арт-терапевтичні технології дають можливість людині досягнути повноцінну творчість, яку можна охарактеризувати різними складовими: це підвищення активності у пошуку рішень із проблемних ситуацій, постійне підвищення компетентності, високий рівень міцності здоров'я (стресостійкість, надійна стомлюваність, адекватна самооцінка, відсутність почуття страху тощо); ступінь високої зрілості, можливість перебування у стані тут-і-тепер; мотивація досягнення результату, широкий спектр можливих особистості способів вирішення проблемних ситуацій (відсутність відчуття «глухого кута»).

Техніки арт-терапії за рахунок своєї універсальності виявляються дуже ефективними при подоланні широкого спектра проблем: внутрішньо- та міжособистісних станів, кризових станів, у тому числі екзистенційних та вікових криз, травм, втрат, посттравматичних стресових розладів (ПТСР), невротичних та психосоматичних розладів; у консультуванні та терапії дітей та підлітків, в освітній діяльності, при проведенні корекційних заходів тощо.

Маючи низку особливостей, арт-терапія дуже ефективно забезпечує відновлення свідомості особистості, даючи людині у кризовому стані досить безболісну можливість особистісного розвитку. Що здається дуже важливим для нас, як для практичних психологів, так це те, що при сприйнятті мистецтва «болючі та неприємні афекти викликають виникнення розряду, знищення, перетворення на протилежне, і що естетична реакція як така по суті зводиться до катарсису, тобто – до складного прояву почуттів».

Мистецтво та методи арт-терапії звертаються до протилежних сил людини, що походять з її творчих можливостей. Мистецтво терапевтично у

своїй природі воно містить засоби пристосування «Я» до навколишньої реальності, можливості поєднувати з травматичним відновленням. Використання арт-терапевтичних методів – найбільш доступний спосіб досягнення психологічної комфортності.

Однією з переваг методів творчого самовираження та вокальної терапії у боротьбі з наслідками локальних міжнародних досліджень є те, що ці методи ґрунтуються на невербальному вираженні почуттів. Невербальні засоби часто неможливо висловити і пояснити емоційний стан, що травмує. Перебуваючи у скрутній ситуації, людина, сама того не помічаючи, спонтанно малює лінію, «каракулі», закреслює зображення, зачорнює простір аркуша паперу, креслить палицею по піску

Як правило, цей процес не контролюється свідомістю і може бути використаний як засіб впливу на організм травмуючих впливів, що послаблюють надлишку емоцій та почуттів.

Це забезпечує більш вільне розкриття клієнтів свого внутрішнього світу та більш високий рівень їхньої психологічної захищеності та комфорту в процесі занять, порівняно з вербальною психотерапією. Прийоми арт-терапії представлені з уявленням про те, що в будь-якій людині закладено здатність проектувати свої внутрішні погляди на візуальні форми. У міру того як клієнти передають свій внутрішній досвід в образотворчій творчості, вони дуже часто стають здібними.

Лікувально-корекційні ефекти арт-терапії можуть коригуватися завдяки образотворчій діяльності навіть за відсутності необхідності вербалізації переживань, що пов'язано із зазначеними цілого ряду терапевтичних факторів та факторів (релаксація, катарсис, розвиток навичок самоорганізації та прийняття рішень, переживання на сайті та ін.).

Якщо ж образотворча діяльність здійснюється в групі, то це створює передумови для обміну досвідом, як на вербальному, так і на невербальному рівні, а також призводить до усвідомлення спільності переживань, що може призвести до подолання характерних для людей з посттравматичним стресовим

розладом (ПТСР) почуттів самотності. Дуже цінним також є те, що арт-терапія стимулює розкриття творчих здібностей особистості та активізує її захисно-приспосувальні механізми.

Аналіз сучасних досліджень з терапії мистецтвом дозволяє перевірити докази ефективності цього методу для надання психологічної допомоги дітям та дорослим, які постраждали у військових конфліктах.

Сутність арттерапії полягає в терапевтичному та корекційному впливі мистецтва на дітей та дорослих і проявляється у реконструюванні психотравмуючих ситуацій за допомогою художньої діяльності, виведення переживань, зв'язків з нею, у зовнішню форму через продукт творчої діяльності, а також у створенні нових позитивних переживань, у креативних образах . настрій та спосіб їх існування. Як відомо, травматичний досвід відображається у образній формі. Робота з візуальними образами часто є ефективним засобом запобігання наслідкам травм. Акт художньої творчості супроводжується найчастіше дуже сильними почуттями і призводить до катарсису.

Відображення переживань дітей та дорослих, які пережили локальний військовий конфлікт у художній продукції, та її подальші аналізи призначені для досягнення позитивних змін.

Робота з голосовими інструментами дає вихід почуттям подразнення, гніву, образи, сорому та інших, зменшує розчарування, що дозволяє використовувати глини. Перехід клієнта від одних видів справ до інших допомагає подолати механізми, які повертають та адаптуються до травм та їх наслідків. Завдяки цьому клієнти можуть розпізнавати і усвідомлювати почуття, що виникають з ними різними зв'язками, бачити новий сенс у попередніх подіях і викликати нові, більш здорові механізми. Присутність арт-терапевта в процесі роботи дітьми та підлітками з матеріалами є обов'язковою умовою припинення травматичних переживань та створення безпечного простору для їхнього прояву. Знання методів інтермодальної арт-терапії та їх можливостей у подоланні наслідків травм є дуже важливим для того, щоб

допомогти клієнту повніше задіяти різні види експресивної взаємодії з матеріалами в процесі музичної творчості.

При груповій та індивідуальній роботі з дітьми та батьками в рамках вокальної терапії велика увага приділяється доступу до власних відчуттів, які внаслідок перенесеної дитиною шокової травми практично повністю втрачені. Таким чином, у процесі проведення вокальної терапії було відзначено досить швидко позитивну динаміку. Застосування арт-терапевтичних методів позитивно впливає на такі показники, як тривожність, рівень соціальної фрустрованості, самооцінка, емоційний дискомфорт. Повторне дослідження підтвердило ефективність використання вокальної терапії у стадії реабілітації молодших школярів, які постраждали в локальному військовому конфлікті, зокрема, у зниженні депресивного стану та подій, що супроводжуються існуючими відчуттями пригніченості, зневіри, нудьги та апатії [36].

РОЗДІЛ 2

СТАН ТА ДИНАМІКА ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ ПІДТРИМКИ ЖЕРТВАМ ВІЙНИ

2.1. Інкорпорування зарубіжного досвіду психологічної підтримки особам, які постраждали внаслідок бойових дій

Надання психологічної допомоги постраждалим у надзвичайних ситуаціях (НС) та в результаті бойових дій давно та міцно зарекомендувало себе як невід’ємна частина системи гуманітарної політики України ще з 2014 року. І на сьогодні це є темою як наукових розробок, так і практичних впроваджень у зв’язку з повномасштабною війною, яку переживає Україна та її громадяни вже півтора роки. Для удосконалення системи психологічної допомоги в Україні, як і екстреної, так і довгострокової важливо проаналізувати та оцінити той досвід, який є в зарубіжних країнах, та інкорпорувати найрезультативніший з них.

Система екстреної психологічної допомоги існує у багатьох країнах світу. Наприклад, державна структура на базі служб екстреного реагування (бригади екстреної психологічної допомоги (OPS) у Франції, служби екстреної психологічної допомоги в управлінні Жіночої поліції), медичних та громадських організацій (асоціації взаємодопомоги жертвам, гаряча лінія для жертв насильства організації «Медики без кордонів»), університетів (служба PsiCall для студентів, яким потрібна психологічна підтримка) та ін.

Надання екстреної психологічної допомоги законодавчо регламентується на державному та відомчому рівні. Активно розробляються методичні вказівки, рекомендації та регламенти надання допомоги різним групам учасників надзвичайної ситуації – постраждалим у катастрофі, очевидцям події, близьким та родичам загиблих та поранених, спеціалістам екстремальних професій, які беруть участь у ліквідації наслідків. Також розробляються методичні матеріали для роботи з біженцями, які постраждали з-поміж людей з особливими

потребами, літніми, дітьми. Процес стандартизації продовжується відповідно до нових викликів, які пред'являються світовій спільноті.

В Іспанії на законодавчому рівні на базі Національної системи охорони здоров'я створюються умови для формування штату клінічних психологів, які надають екстрену психологічну допомогу у місцях надзвичайних ситуацій. Також у штаті аварійно-рятувальних підрозділів є члени неурядових гуманітарних організацій, які мають психологічну освіту, а також психологи, які реалізують приватну практику та уклали договір із державними структурами. Однак до цієї категорії психологів відсутні вимоги до їх кваліфікації, досвіду, а допомога, яку вони надають, є добровільною, у зв'язку з чим координатор на місці події не може бути впевнений, яка кількість фахівців-психологів буде в його розпорядженні.

У США до терористичного акту 11 вересня 2001 року питаннями психологічної допомоги постраждалим займався Американський Червоний Хрест. Вже після трагічних подій на підставі робіт американських дослідників-психологів розроблялися методи та принципи надання допомоги в екстреній (кризовій) ситуації, невідкладної психологічної допомоги та раннього психологічного втручання. Тоді ж було визначено загальні цілі такого втручання: 1) відновлення психологічного функціонування через задоволення первинних фізіологічних та психологічних потреб; 2) пом'якшення проявів психологічного стресу; 3) активізація механізмів психологічної адаптації до ситуації; 4) можливість звернутися за подальшою медичною допомогою.

Розроблені на даний момент схеми першої психологічної допомоги охоплюють велику кількість цільових груп. Видаються посібники, спрямовані на підготовку фахівців у сфері надання екстреної психологічної допомоги, публікуються у відкритому доступі інформаційні та рекламні матеріали щодо психологічної самопомоги. Перша психологічна допомога повинна включати надання інформації, надавати емоційну підтримку особам, які потрапили в екстремальну ситуацію, і застосовуватися поетапно, відповідно до потреб людини. Крім фахівців у галузі психічного здоров'я (психологи та психіатри)

основними навичками екстреної психологічної допомоги повинні мати співробітники екстрених служб та швидкої медичної допомоги; за наявності необхідних знань допомогу можуть надавати вчителі, священнослужителі та волонтери, які пройшли відповідну підготовку.

Дж. С. Еверлі запропонував виділити три фази соціального реагування на терористичний акт. Під час кожної фази враховується психологічний аспект наслідків терористичної атаки громадянське населення. На стадії докризової фази (до початку атаки) передбачається психологічна підготовка груп цивільного населення, зайнятих у найбільш схильних до загрози атаки галузях, а також співробітників екстреного реагування, зайнятих у ліквідації наслідків. Під час фази управління поточною подією (під час нападу та оцінки наслідків) групи невідкладної психіатричної допомоги надають психологічну підтримку постраждалим, проводять індивідуальне кризове консультування. У фазі ліквідації наслідків та відновлення необхідно продовжити надання психологічної допомоги, оскільки, незважаючи на екстрену підтримку, постраждалі, як і раніше, можуть відчувати тривогу, розчарування, переживати втрату чи горе.

Одним із найбільш яскравих прикладів спеціально створеної державної організаційно-функціональної системи, призначеної для виконання завдань цивільного захисту, є Федеральне агентство з управління надзвичайними ситуаціями Сполучених Штатів Америки (Federal Emergency Management Agency – FEMA). Це підрозділ Міністерства внутрішньої безпеки США, який займається координацією дій щодо ліквідації наслідків катастроф, з якими не здатна впоратися місцева влада.

Федеральне агентство з управління в НС визнано однією з найкращих організаційних систем протидії НС техногенного, природного, соціально-політичного та військового характеру у світі. Однак, у її складі служб психологічної допомоги населенню немає, вважається, що перша психологічна допомога не є терапією, тому психологічна підтримка постраждалим у НС має швидше гуманітарний чи соціальний характер. У НС з великою кількістю

постраждалих надання гуманітарної та соціально-психологічної допомоги спільно з Федеральним агентством з управління в НС функціонують такі організації як: Американський червоний хрест (American Red Cross – ARC); Управління з охорони здоров'я та надання послуг населенню (Department of Health and Human Services – DHHS); Національна рада з безпеки на транспорті (National Transportation Safety Board – NTSB) та інші. За необхідності створюються підрозділи допомоги сім'ям постраждалих, які можуть надавати послуги з координації діяльності та надання інформації про НС; організації тимчасового житла та доставки продуктів харчування; забезпечення задоволення духовних та емоційних потреб; організації транспортування до місць проведення особливих заходів (прес-конференцій, поминальних служб дома інциденту); інші дії, що допомагають.

Для отримання подальшої професійної психологічної допомоги або подолання посттравматичних розладів та стресів постраждалі можуть звернутися до державних або приватних установ психологічної та психіатричної допомоги. Варто зазначити, що частку витрат (від 50 до 80%) надання послуг психолога покриває страховка. Ті, хто не має медичного страхування, можуть отримати психологічну допомогу в місцевій (районній, муніципальній та тощо) соціальної служби. Робота психолога в Америці є ліцензійним видом діяльності та, маючи специфічні особливості в деяких штатах, загалом чітко регламентована державою.

Після терористичних атак у Парижі в 2015 році з постраждалими на місцях працювали виїзні бригади екстреної психологічної допомоги, які включали досвідчених психіатрів, психологів і медичних сестер. Такі бригади надавали невідкладну психосоціальну та психологічну допомогу жертвам теракту прямо на вулицях поряд із місцями трагедії, а також протягом одного місяця працювали у спеціально створених інформаційних центрах. Спільно з ними прийом вели поліцейські психологи та спеціалісти з особливої групи, створеної на базі системи охорони здоров'я.

У разі потреби після отримання первинної допомоги постраждалі прямували до психолога-консультанта чи психіатра у медичних організаціях. Звернутися за допомогою могли ті, хто опинився в ситуації прямої загрози, свідки терористичних актів, а також непрямий вплив, що зазнали на собі. Також підтримку жертвам були готові надавати різні асоціації потерпілих (спільно з психологами Міністерства Юстиції), лікарі загальної практики у медичних організаціях, лікарі-фахівці у психотравматичних відділеннях лікарень чи громадських центрах психологічного консультування.

У зарубіжній науковій літературі, присвяченій вивченню реагування різних екстрених служб у ситуації злочинів із великою кількістю жертв, розглядався зокрема аспект психологічної підтримки, що надається поруч із місцем події. Фахівці на місці визначали психічний стан постраждалих, допомагали зняти психічне збудження, сприяли возз'єднанню із членами сім'ї, розповідали, куди можна звернутися за додатковою психологічною допомогою. Клінічні психологи залучалися під час слідчих дій дома катастрофи, вони перебували поруч із постраждалими під час опитування.

Під час лісових пожеж у Каліфорнії у 2017 році багато сімей з дітьми були змушені залишити свої будинки. Діти стали свідками знищення звичної обстановки та полум'я, що підступає до населених пунктів, багато з них згодом демонстрували ознаки тривожності, гострих стресових реакцій, посттравматичного стресового розладу. У цій ситуації освітні організації поширювали серед батьків роздавальні матеріали про можливі наслідки психотравмуючих подій, ознаки ПТСР та способи звернення за допомогою; за необхідності шкільні психологи надавали постраждалим психологічну підтримку у пунктах тимчасового розміщення. Після відновлення роботи шкіл та центрів охорони психічного здоров'я створювалися різні групи психологічної підтримки учнів.

За даними Джорджтаунського університету, кількість постраждалих від жорстокого поводження має тенденцію до зростання в період надзвичайних ситуацій та невизначеності. У багатьох країнах світу організовано цілодобову

гарячу лінію, куди можуть звернутися жертви домашнього насильства та отримати юридичну, психологічну консультацію. Міжнародна організація «Лікарі без кордонів» також запустила телефон довіри з питань психічного здоров'я для тих, хто зазнав домашнього та сексуального насильства. У Бразилії з урахуванням поліцейського управління створено службу екстреної психологічної допомоги жертвам гендерного насильства, хоча самі психологи Служби є співробітниками поліції.

На сьогоднішній день проблема збереження фізичного та психічного здоров'я, працездатності осіб, які беруть участь у військових конфліктах, є дуже актуальною. Участь у бойових діях практично завжди спричиняє стресову реакцію організму, яка без відповідної своєчасної кваліфікованої допомоги може призвести до небажаних наслідків як для військовослужбовця, так і для суспільства в цілому.

Оскільки Ізраїль постійно перебуває у стані війни, необхідність створення армійської системи охорони психічного здоров'я підлягала сумніву. При цьому було поставлено завдання створити таку систему, за якої військовослужбовець міг би отримати психологічну допомогу на всіх етапах несення служби і після демобілізації.

За основу було взято напрацювання американських військових психологів. Також фахівці Армії оборони Ізраїлю врахували досвід інших країн, розробивши військово-медичну стратегію з урахуванням етнічних, лінгвістичних та культурологічних особливостей військовослужбовців.

Ізраїльська система охорони психічного здоров'я включає п'ять напрямків:

- система діагностики, профілізації та профорієнтації;
- система психологічної підтримки військовослужбовця;
- система реабілітації та роботи з демобілізованими;
- служба підтримки громадянського населення в кризових ситуаціях;
- служба роботи з сім'ями постраждалих.

Успіх роботи психологічної служби армії оборони Ізраїлю оцінюється за такими критеріями: кількість людей, яким знадобилася згодом госпіталізація внаслідок прояву гострих форм психіатричної патології; кількість суїцидів; кількість девіантних дій, спричинених тією чи іншою формою психічних відхилень.

Основою роботи ізраїльських психологів є вербальне обстеження всіх військовослужбовців – як у армії на постійній основі, і резервістів, з подальшою розробкою рекомендацій (психотерапія у спеціальних центрах, різні форми відпочинку, групові заняття). Дана методика визнана найякіснішим методом обстеження, що знижує перераховані вище показники практично до «нуля».

Система психологічної допомоги військовослужбовцям та психологічної реабілітації демобілізованих в Ізраїлі будувалася одночасно із формуванням Збройних сил країни. Спочатку армійські психологи (дослівний переклад з івриту «офіцер із захисту душі») забезпечували реабілітацію військовослужбовців після поранень.

Проте вже на ранньому етапі з'явилася ідея про те, що в медичний корпус необхідно ввести систему психологічної допомоги військовим, які так чи інакше стикаються з агресією. Перед психологами було поставлено завдання не лише виявляти симптоми, що вказують на необхідність реабілітації військовослужбовця під час активних дій, а й контролювати та коригувати його стан у мирний час (коли він служить в армії, але немає воєнних дій).

У 1960-х роках у штаті було менше 150 військових психологів. Поступово їх кількість збільшувалася і на цей час досягла понад 2500 фахівців (разом із соціальними працівниками відповідної кваліфікації). При цьому під час активних бойових дій на службу призиваються ще й резервісти. Загалом встановлений норматив військових психологів та соціальних працівників має сьогодні наблизитися до показника 1 фахівець на 70-90 військовослужбовців.

Слід зазначити, що військових психологів в Ізраїлі позначають евфемізмом «офіцер душевного здоров'я», щоб не було можливих спекуляцій з приводу психічної повноцінності військовослужбовців.

У 2004-2006 році посада «офіцер душевного здоров'я» набула остаточного статусу: кількість армійських психологів у структурі системи була значно зменшена, але при цьому у 4 рази збільшили кількість соціальних працівників із педагогічною чи психологічною освітою, які виконували суміжні функції.

Ціль цих змін – адаптувати систему для потреб військовослужбовців та підвищити частоту звернення за психологічною та психіатричною допомогою в умовах типового для ізраїльського суспільства небажання йти на прийом до психологів/психіатрів. В результаті було збільшено штат соціальних психологів та соціальних працівників у системі Збройних сил, і основна робота з військовослужбовцями щодо виявлення симптомів дезадаптації була покладена на них. Військові психологи та психіатри займаються виявленими клінічними випадками.

Ізраїльські військові не поспішають звертатися за спеціалізованою психолого-психіатричною допомогою. Що їм заважає? По-перше, завищена самооцінка: більшість військовослужбовців сприймають себе як захисників Батьківщини, солдатів, сильних людей, які не можуть мати жодних проблем.

По-друге, багато хто побоюється подальших наслідків, які можуть призвести до запису в особистій справі, про те, що людина самостійно звернулася до психолога або психіатра, побоюючись, що такий запис може ускладнити подальше просування по службі або стати причиною демобілізації.

Вони вважають себе здоровими людьми, і значно більшою мірою стурбовані питаннями соціальної та юридичної проблематики. Тому важливою є система районних/місцевих реабілітаційних пунктів адаптації. Основна робота може вестися соціальними працівниками, які зможуть паралельно виявляти тих, кому потрібна спеціалізована допомога.

За такої організації спеціалізованої медичної допомоги потребує відносно невелика кількість військовослужбовців. Такий підхід спрямований на роботу з військовослужбовцями, які не отримали поранень. Військовослужбовці ізраїльської армії, які отримали навіть незначні поранення, в обов'язковому порядку проходять психологічну реабілітацію, деякі надходять на неврологічне лікування з елементами психологічної допомоги, інші – під постійне спостереження клінічних психологів.

За результатами обстеження всі потенційні військовослужбовці одержують медичну карту (профіль), яка супроводжує військових усе життя.

Перший етап – система діагностики та профорієнтації. Призовник приходить до військкомату у віці 15 років і проходить медкомісію, до якої включено глибоке психологічне тестування, яке складається зі спеціально адаптованих лінгвістичних та культурологічних тестів для кожної категорії населення Ізраїлю.

Ці тести поділяються на три групи: методики інтелектуальної оцінки, методики оцінки адаптації психологічних якостей та методики пошукових інтелектуальних здібностей (оцінка здібностей до сприйняття мови). В рамках цього тестування визначається ступінь психічного здоров'я та профіль призовника. Кожен призовник у 16 років отримує свій профіль, до 18 років цей профіль може змінитися, після 18 років він змінюється в окремих випадках.

Кожен потенційний військовослужбовець отримує медичний профіль, який є сукупною оцінкою його фізичного та психічного здоров'я за 100-бальною шкалою. Абсолютно здорова людина отримує 97 балів. Підлітки, які здобули менше 21 бала, звільняються від військової служби.

У 18 років людей з низькими балами на їхнє прохання можуть обстежити ще раз, щоб змінити цей параметр. Військовозобов'язані з 22-го по 97-й профіль розподіляються по різних родах військ, залежно від того, куди людина найкраще підходить. Ця методика дуже ефективна, нею користуються також у Збройних силах США, Франції та Великобританії.

Приблизно у 90-ті роки було запроваджено другий профіль – профіль соціальної адаптації. Він здебільшого спирається на історію сім'ї потенційного військовослужбовця та враховує соціальне походження, здатність до навчання, наявність девіантних відхилень, участь у подіях, що призвели до поліцейського переслідування тощо.

Найвищий соціальний профіль 56, за такого соціального профілю є можливість претендувати на офіцерську посаду. Якщо профіль нижче 20, то призовник може звільнитися від військової служби, що трапляється при виявленні ознак стійкої наркоманії чи алкоголізації, наявності кримінального минулого або за походження з сім'ї, члени якої ведуть антидержавну діяльність.

Подальше тестування у межах психодіагностики та профорієнтації проводиться у військовій частині, де призовник проходить навчання тривалістю 4 місяці. На цьому етапі комісія фахівців розглядає можливість зміни профілів, питання направлення його на інші роботи/службу. Ця ж комісія розбирає випадки, пов'язані зі спробами суїцидів, нестатутними відносинами та неадекватною поведінкою командирів стосовно молодших військовослужбовців.

Також існують конфліктні комісії. Одна з конфліктних комісій займається виключно психіатричною патологією, яка раніше не була діагностована; інша – розглядає конфлікти між комісією та військовослужбовцями у контексті звільнення від військової служби або кардинальної зміни того чи іншого профілю, отриманого військовослужбовцем.

За належне виконання своїх функціональних обов'язків фахівці несуть серйозну відповідальність, особливо у випадку, якщо стався суїцид. Кожен випадок суїциду піддається розгляду конфліктної комісією, яка визначає винних, які отримують реальні терміни ув'язнення у військовій в'язниці, стягнення, зниження звання тощо. Навіть спроба суїциду призводить до серйозного розгляду, в якому беруть участь військові прокурори та військові суди.

Відповідальність за неякісний «профіль» суворя. Відомий випадок притягнення до кримінальної відповідальності 12 осіб (включно з усіма членами відповідної комісії). Можлива симуляція (психічного) розлади тлумачиться на користь визнання непридатним до служби.

Посткризове тестування є обов'язковим після проведення будь-якої військової операції чи навчань, на яких трапився хоча б один травматичний випадок. Тестування проходять усі особи, які контактували з подією.

Посткризове тестування включає безпосередній контакт із фахівцем: спочатку із соціальним працівником, а потім, якщо буде потрібно, із психологом. У його ході проводять вербальну співбесіду, тестування за спеціально підготовленими синопсисами, згідно з висновками яких направляють на подальше обстеження, на реабілітацію або повертають до проходження військової служби.

Подібне посткризове тестування проводиться у разі деяких подій у військових частинах – при порушенні статуту, усунення командира, виходу командира у відставку тощо, наприклад, у центр із сексуального насильства. І тут проводиться 100% тестування всього підрозділи.

Служба підтримки громадянського населення в кризових ситуаціях. У кожному мікрорайоні населених пунктів створено добровільні штаби кризових ситуацій, а також пункти сповіщення та термінової допомоги. За місцем проживання розміщено інформаційні матеріали. Для населення регулярно проводяться навчання та помилкові тривоги.

Ведеться роз'яснювальна робота у школах та коледжах, для дітей молодшого віку розроблено спеціальні методики донесення інформації. Використовуються всі засоби масової інформації (ЗМІ), у тому числі електронні як у контексті оповіщення, так і роз'яснення.

У рамках служби по роботі з сім'ями постраждалих військових функціонують бригади інформування та ургентної підтримки сімей поранених та загиблих, служба психологічної підтримки сімей поранених та загиблих, соціальна служба реабілітації родичів жертв бойових дій. Співробітники цього

підрозділу високому рівні володіють спеціальними методиками боротьби з шоком (горем), і навіть методиками реабілітації осіб із посттравматичними стресовими реакціями.

У своїй роботі вони використовують діагностичні шкали виявлення реакцій на шок та медикаментозні методи усунення особливо важких станів. Також до їх обов'язків входить навчання родичів жертв способам адаптації та реабілітації, методів діагностики морбідних та прикордонних станів.

Тут критично важливо орієнтуватися у питанні психології горя, розуміти її етапність, знати правильну методику боротьби з феноменом горя та мати чітке розуміння того, що на кожному етапі мають виконувати відповідні служби.

Група повідомлення родичів про загибель військового в Ізраїлі становить 7 осіб - 2 психологи (чоловік і жінка), високопоставлений військовий командир, два лікарі (один лікар загальної практики та один лікар-реабітолог) та два соціальні працівники (чоловік і жінка). Завдання соціального працівника - турбота про дітей загиблого досі, коли мати зможе повернутися до своїх обов'язків. До кожного випадку заздалегідь складається план.

Загалом оповіщення проводиться у найближчі 2 години після упізнання. До моменту повідомлення сім'ї жодний засіб масової інформації жодної інформації про жертв та їх кількість не озвучує. ЗМІ, які раніше озвучили цю інформацію, можуть бути оштрафовані або закриті. Підтримка сімей загиблих проводиться спеціальною службою протягом десятків років.

Психіатрична допомога нужденним здійснюється на двох рівнях - ургентна психіатрична допомога, яку забезпечують військові лікарі-психіатри (такі лікарі працюють у військових частинах, на великих військових базах, у поліклініках військових частин), та психіатрична допомога, яку надають у психіатричних клініках. Волонтерська допомога та інша непрофесійна дія на цьому етапі заборонена.

Відповідальність психолога насамперед визначається його базовою підготовкою, рівнем кваліфікації, допуском до певних дій та посадою. Ситуації,

коли психологічна допомога необґрунтовано переривається, не фіксується спеціальним протоколом та записом в історії хвороби, а також застосування невалідованих методик – неприпустимі та заборонені.

2.2. Розробка проєкту «Інтегрована арт-терапія для дітей та матерів внутрішньо переміщених осіб, що пережили воєнний стрес»

У 2022 році ми взяли участь у конкурсі міні-грантів в рамках проєкту «Підвищення спроможності ОГС соціальної сфери України» за фінансової підтримки Європейського Союзу. Громадською організацією «Центр підтримки громадських і культурних ініціатив «Тамариск» було запропоновано створити систему психологічних заходів для надання психосоціальної підтримки дітям та матерям переселенцям, які пережили психотравми і проживають в модульному містечку у м. Дніпро, шляхом проведення індивідуальних консультацій психолога і використання методів групової роботи з дітьми (терапія малюнка, ігрова терапія) та ексклюзивної методики групової вокальної терапії для матерів.

Його передумовою, звичайно, стало повномасштабне вторгнення росії на територію України, і зростання кількості вимушених переселенців, особливо з місць найактивніших бойових дій – зі Сходу України. З 24 лютого 2022 р. з початку повномасштабної війни РФ проти України Дніпропетровська область фактично стала зоною прифронтових дій і сформувалась як найближчий до зони бойових дій Гуманітарний хаб для переселенців. Станом на 13 липня 2022 р. в області зареєстровано 287,5 тисяч переміщених осіб, переважно жінки та діти. Потік переселенців продовжується. Окрім житла, продовольства, одягу, медикаментів та працевлаштування вони потребують психологічної підтримки та реабілітації.

Наша організація приймає активну участь у допомозі вимушеним переселенцям і особливу увагу приділяє найбільш нужденним представникам ВПО. Спілкування з фахівцями свідчить, що саме діти, які зазнали воєнного

стресу, є особливо вразливою групою. Діти-переселенці пережили відрив від коренів, втратили звичне середовище і знаходяться в ситуації невизначеного сьогодення і ще більш невизначеного майбутнього. У такому стані їм потрібні особлива підтримка та співчуття, а також стабільні міжособистісні взаємини. Тому, окрім індивідуальної роботи психолога, для дітей дуже корисні методи групової роботи. При груповій формі роботи з дітьми-переселенцями ефективними методами вважаються терапія малюнка та ігрова терапія. Ми вже використовували в роботі з дітьми-переселенцями терапію малюнка та ігрову терапію. Але, як відомо, на дитину найбільш всього впливає психологічний стан матері. Працюючи тільки з дитиною та ігноруючи психологічний стан матерів, неможливо досягнути стабільних позитивних результатів.

В ході розробки проєкта ми запропонували ще один важливий метод групової терапії, а саме: групову вокальну терапію для матерів. Ми мали хороші результати реалізації пілотного проєкту «Вокальна терапія для волонтерів» за участю волонтерів «Координаційного штабу волонтерів Дніпра», серед яких були переселенці. Планувалось покращити психо-емоційний стан, навчити самостійно знімати напругу, пов'язану з воєнним стресом та їх повсякденною важкою діяльністю. Реалізація проєкту показала, що метод вокальної терапії надає ефективні інструменти справлятися з емоційною напругою та стресом. Спів – це психофізіологічний процес. В вокальній терапії використовується комплекс дихальних та голосових вправ, які надають рівновагу, впевненість, спокій та хороший настрій. Завдяки цим вправам, матері зможуть самостійно регулювати свій стан та впливати на стан дітей.

Головною метою проєкту було надання психосоціальної підтримки дітям та матерям переселенцям, які пережили психотравми і проживають в модульному містечку у Дніпрі, шляхом проведення індивідуальних консультацій психологів і використання методів групової роботи з дітьми (терапія малюнка, ігрова терапія) та ексклюзивної методики групової вокальної терапії для матерів. Допомогти дітям зрозуміти, що їх почуття тривоги і страху

є нормальними і загальними для всіх людей, але незважаючи на те, що сталося і ще може статися, їх завжди хтось захистить.

В ході розробки нашого проєкту були виділені три основні завдання:

- Залучення дітей та їхніх матерів до участі у проєкті.
- Надання психосоціальної підтримки дітям і підліткам переселенцям та їхнім матусям.
- Інформування громадськості про проєкт. Підведення результатів проєкту.

Цільовою групою проєкту стали: діти і підлітки - переселенці від 4 до 14 років, які пережили психотравми, і проживають в модульному містечку на лівому березі Дніпра, 30 осіб; матері дітей- переселенців, 30 осіб. З них 14 осіб були запрошені взяти участь у груповій вокальній терапії.

Для реалізації завдань був розроблен та впроваджен наступний алгоритм:

1. Створення та розповсюдження буклету з інформацією про проєкт серед батьків, які проживають у модульному містечку (100 буклетів);
2. Проведення зустрічей з матерями та їхніми дітьми у модульному містечку. Запрошення до участі у проєкті (30 дітей, 30 матерів);
3. Проведення індивідуальних консультацій психологом для дітей і матерів - учасників проєкту (60 консультацій);
4. Проведення занять з терапії малюнку, яка включає малювання, ліплення з глини, пластиліну тощо для дітей і підлітків - учасників проєкту (30 дітей, 18 занять);
5. Проведення занять з ігрової терапії (30 дітей, 18 занять);
6. Відбір матерів дітей -переселенців для участі у груповій вокальній терапії. Проведення занять. Створення спільного творчого продукту – запис української пісні (14 матерів, 36 занять, 1 пісня та 1 ролик);
7. Організація виставки творчих робіт учасників проєкту (не менше 50 робіт);
8. Опитування та інтерв'ю матерів про результати їхньої участі та участі дітей у проєкті (30 анкет, 10 інтерв'ю);

9. Проведення прес-конференції про результати проєкту (1 захід).

Основними короткостроковими якісними результатами проєкту ми вбачали те, що матері отримують рівновагу, впевненість, спокій та хороший настрій завдяки використанню комплексу дихальних та голосових вправ. Вони будуть краще справлятися з емоційною напругою та стресом, покращаться соціальні та комунікативні навички матерів, які необхідні для поліпшення якості відносин зі своїми дітьми. Тому матері зможуть не тільки самостійно регулювати свій стан, а й впливати на стан дітей; створення спільного творчого продукту, а саме: запис української пісні об'єднає матерів спільною метою, допоможе їм відволіктися від тяжких думок та зосередитися на сьогодні. Завдяки творчості вони відчують, що є інші краски життя, не зважаючи на те, що йде війна.

До довгострокових результатів проєкту ми віднесли: отримання консультацій від психологів та формування завдяки цьому нових навичок, що були отримані під час групової терапії, за допомогою яких діти та матері зможуть в подальшому справлятися з кризовими ситуаціями та стабілізувати свій психологічний стан; розповсюдження інформації про результати проєкту може привернути увагу фахівців до методів групової вокальної терапії та спонукати до їх використання в роботі з людьми, які пережили психотравми. Також ми вважаємо, що реалізація проєкту буде сприяти формуванню позитивного соціального іміджу феномену психологічної підтримки як ефективного інструменту підвищення якості життя людей, що зазнали воєнного стресу.

Наш проєкт був успішно реалізований в умовах повномасштабної війни РФ проти України. Дніпропетровська область фактично стала зоною прифронтових дій і сформувалась як найближчий до зони бойових дій Гуманітарний хаб для переселенців. Тільки у Дніпрі на сьогодні офіційно зареєстровано понад 182 тисячі внутрішньо переміщених осіб, переважно жінки та діти. Окрім житла, продовольства, одягу, медикаментів та працевлаштування вони потребують психологічної підтримки та реабілітації. Під час реалізації

проекту постійно відбувалися тривоги, наприкінці проектного періоду в зв'язку з атаками ворога на інфраструктурні об'єкти були відключення електроенергії. Це створювало деякі труднощі для проведення занять з вокальної терапії та запису аудіо і відео продукту, однак організація придбала обладнання, яке дозволило успішно завершити реалізацію проекту.

Мета проекту, яка була визначена на початку роботи з дітьми та матерями, досягнута повністю. Результати проекту доводять те, що при системній роботі у творчої групи діти і матері краще справляються зі своїми емоціями, переживаннями, краще налагоджують комунікацію в родині та з іншими людьми.

Лише один захід не вдалося провести в рамках проекту, а саме: прес-конференцію про результати проекту в зв'язку з погіршенням безпекової ситуації в м. Дніпро (відсутність електроенергії, постійні тривоги тощо).

Під час реалізації проекту у відповідь на наш запити для учасників проекту були залучені додаткові ресурси від партнерських організацій:

– Міжнародний комітет порятунку(IRC) Child Protection 26/09/ надав дітям модульного містечка розвиваючі набори з матеріалами для творчості та ігор. 55 шкільних сумок з наборами для дітей.

– Громадська організація «Промінь Дніпра» надала допомогу 8 найбільш постраждалим від війни сім'ям на суму від 7 до 10 тисяч гривень (ліки, обігрівачі, теплі речі та планшети для дітей).

На наш погляд, на сьогоднішній день проекти соціально-психологічного напрямку та їх запровадження є вкрай важливими у зв'язку з постійною ментальною напругою, яка існує в суспільстві. Всі групи населення: вимушені переселенці, сім'ї військових, самі військові, люди, які постраждали в наслідок ракетних обстрілів та втрачають своїх близьких, залишаються без житла (а значить і без відчуття хоч якоїсь безпеки), діти, які навчаються та дорослішають під звуками тривоги, та ті громадяни, які, можливо і не зазнали фізичної кривди від війни, але проживають зараз стан війни, як і всі інші – страждають від зовсім різних психологічних та психічних ускладнень. Відчуття

тривоги, нові сформовані фобії, зневіра, страх перед майбутнім, розубленність та пригніченність свідомості – це лише декілька, але не всі проблеми, які вирують серед нас вже сьогодні. Покращення старих методів психологічної допомоги та розробка нових можуть якісно змінити життя суспільства і сьогодні, і працювати на перспективу, коли прийде час відновлювати Україну разом.

2.3. Розповсюдження інституціональних практик психологічної підтримки жертвам бойових дій в українському суспільстві

Ситуація роботи психолога в екстремальних умовах відрізняється від звичайної терапевтичної ситуації, щонайменше, такими моментами:

- пацієнти часто перебувають у гострому афективному стані. Іноді доводиться працювати, коли жертви перебувають ще під ефектом травмуючої ситуації, що не зовсім притаманно для нормальної психотерапевтичної роботи;
- наявність майже в усіх пацієнтів почуття втрати, бо оскільки часто жертви втрачають близьких людей, друзів та ін., що вносить вклад у нозологічну картину травматичного стресу, особливо у депресивну складову цього синдрому.

Але як би ми не називали психологічну допомогу службовцям, які брали участь у бойовому зіткненні (перша, первинна, невідкладна, екстрена, негайна і т. п.), єдиним є те, що вона має починатися одразу після його закінчення. Надзвичайно корисним у цьому зв'язку для нас є концептуалізація та операціоналізація цього ключового поняття, здійснена Н. Оніщенко [66]. З цією метою нею було здійснено психосемантичний аналіз категорії «екстрена психологічна допомога» як окремого виду психологічної допомоги. Для цього нею на першому етапі було проведено контент-аналіз змісту та цілей різних видів психологічної допомоги, які існують сьогодні у межах психологічного знання, за його результатами якого було виокремлено основні описові та змістовні характеристики. На наступному етапі відбувся підрахунок балів на

основі проставлених оцінок відповідності описової чи змістовної характеристики до категорії «екстрена психологічна допомога». Отримані результати було піддано процедурі факторного аналізу методом аналізу головних компонент з варімакс обертанням із нормалізацією Кайзера (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Факторна структура описових та змістовних характеристик, які характеризують екстрену психологічну допомогу

№ з/п	Показники (описові та змістовні характеристики)	Фактори			
1	Невідкладна		0,743	0,223	-0,154
2	Швидка		0,635	0,209	-0,193
3	Адресна	0,728	-	0,155	
4	Короткострокова	-0,235	0,148	-0,293	
5	Клієнт центрована (орієнтація на суб'єктивні фактори)	0,134	0,408	-0,188	0,278
6	Орієнтована на об'єктивні фактори	0,422	-0,117	-0,126	-0,434
7	Довгострокова	0,275	-0,676		-0,157
8	Гуманна	0,337	-0,504		0,181
9	Директивна	-0,124	0,604	-0,508	0,392
10	Надання підтримки	-0,673	-0,255		0,560
11	Пошук ресурсів	0,222	0,329	0,525	0,560
12	Відновлення адекватної Я-концепції			0,895	0,302
13	Відновлення або розвиток знижених внаслідок негативного впливу психічних функцій	0,128	0,183		0,731
14	Підвищення опірності		0,308		-0,275
15	Заспокоєння	-0,721		0,103	-0,175
16	Надання поради	0,643	0,198		
17	Побудова перспективи на майбутнє	0,792		0,402	
18	Стабілізація психоемоційного стану	0,107	0,310		-0,330
19	Виправлення стратегії взаємовідносин з оточуючими			0,858	-0,245
20	Корекція поведінки	-0,182			
21	Допомога у розумінні самого себе (саморозумінні)		-0,436	-0,303	0,140
22	Допомога у прийнятті рішень	-0,441	0,320	0,163	0,514
23	Профілактика негативних психічних станів	-0,366		-0,796	
24	Підвищення адаптивних здібностей людини	0,828			
25	Збереження або зміцнення психічного здоров'я	-0,103			-0,753
26	Переробка минулого людини з метою побудови оптимальної картини сьогодення та майбутнього	0,290	0,415	0,471	0,108
27	Виявлення й вирішення внутрішніх несвідомих конфліктів	0,674	-0,315	-0,165	
28	Зміна ставлення до світу	0,788		0,356	0,347
29	Зниження почуття неповноцінності	-0,347		0,503	0,229
30	Розвиток соціального інтересу (просоціальної спрямованості)	-0,419	0,451	-0,167	0,468
31	Корекція цілей і мотивів із перспективою зміни стилю життя	-0,152	-0,711	0,112	-0,151

Аналізуючи одержані результати факторного аналізу, до першого фактору – «Розуміння» (розуміння ситуації) – дослідницею було віднесено такі описові та змістовні характеристики: адресність психологічної допомоги – (0,728); неможливість використання техніки заспокоєння постраждалого при наданні йому екстреної психологічної допомоги – (-0,721); надання порад постраждалому – (0,643); звернення до його майбутнього – (0,792); підвищення адаптивних здібностей постраждалого – (0,828) та зміна ставлення до світу – (0,788). Цей фактор утворили такі характеристики, які, перш за усе, націлені на допомогу у розумінні та прийнятті тієї надскладної ситуації, в якій опинився постраждалий.

Другий фактор – «Контакт» (початок взаємодії психолога з постраждалим) – було утворено такими описовими та змістовними характеристиками: невідкладність – (0,743) та швидкість допомоги – (0,635); неможливість застосовувати довгострокові методи психологічного впливу – (-0,676); неефективність цілковито гуманного вектору психологічних інтервенцій збоку екстремального психолога – (-0,504); директивність взаємодії психолога з постраждалим у межах надання допомоги – (0,604); неможливість скорегувати цілі та мотиви з перспективою зміни стилю життя – (-0,711). Такі характеристики дозволяють говорити про специфічну форму взаємодії психолога з постраждалим при наданні останньому психологічної допомоги. Оскільки психолог в осередку екстремальної події працює в умовах дефіциту часу, в умовах, коли неможливо застосовувати як діагностичні, так і корекційні методи, цей фактор відображає саме те, що майже уся психологічна допомога ініціюється виключно самим психологом та надається у короткі строки.

Третій фактор – «Допомога» (розуміння себе у ситуації) – склали такі характеристики: відновлення адекватної Я-концепції постраждалого – (0,895); виправлення стратегії взаємовідносин з оточуючими – (0,858); неможливість проводити профілактику виникнення та розвитку негативних психічних станів у постраждалих – (-0,796) та зниження почуття неповноцінності –

(0,503).

Наведені характеристики є відображенням процедури умовного знайомства постраждалого зі своїм «Я» після екстремальної події. Людині важливо оцінитивласні сили, оглядітись та обрати шлях для руху вперед.

Четвертий фактор – «Захист» (безпосереднє надання екстреної психологічної допомоги) – було утворено такими показниками, як: надання підтримки – (0,560); пошук ресурсів – (0,560); відновлення або розвиток знижених внаслідок негативного впливу психічних функцій – (0,731); допомога у прийнятті рішень – (0,514); неможливість забезпечити збереження або зміцнення психічного здоров'я постраждалого – (-0,753). Цей фактор можна представити як сукупність основних показників, що характеризують важливість допомоги постраждалому та показують необхідність забезпечення підтримки особистості та активації його внутрішніх ресурсів.

З наведеної характеристики факторів видно, що їхній розподіл та показник дисперсії не лише обумовлює вагу кожного фактору з точки зору винайдення статистичних відмінностей, але і надає чітку послідовну структуру реалізації кожної з характеристик (елементів) екстреної психологічної допомоги: адресність та допомога у розумінні ситуації та себе у ситуації; встановлення психологічного контакту і невідкладна робота з актуальними негативними станами постраждалої людини; прийняття ситуації, яка склалась, допомога у сприйнятті та розумінні себе у ситуації; пошук можливостей (ресурсів) людини пережити надзвичайну ситуацію.

Бойовий статут Сухопутних військ (частини II та III) конкретизує обов'язки посадових осіб підрозділу, зокрема й з питань надання первинної психологічної допомоги. У частині II Бойового статуту Сухопутних військ акцентується увага на тому, що психологічна допомога військовослужбовців, які отримали бойові психогенні травми та розлади, здійснюється як безпосередньо у підрозділах (шляхом само- чи взаємодопомоги силами особового складу підрозділів), так і в пункті психологічної допомоги та реабілітації бригади при тісній взаємодії із спеціалістами медичної служби

[67]. У частині III Бойового статуту Сухопутних військ зазначається, що первинна психологічна допомога військовослужбовців, що отримали психічні травми, здійснюється безпосередньо у підрозділі. Надання допомоги військовослужбовцям, що отримали бойові психічні травми, та їхня евакуація здійснюється у тісній взаємодії з фахівцями медичної служби. Під час оцінювання морально-психологічного забезпечення командир батальйону (роти) враховує бойові і психогенні втрати, відновлення морально-психологічних і фізичних сил особового складу [68]. Фактично мова йде про відновлення психологічної готовності до подальших дій.

У країнах НАТО складено принципи складені принципи реабілітації комбатантів з ознаками реакцій на бойовий стрес (BICEPS).

Brevity (стислість) – перша допомога (відпочинок та відновлення) не повинні тривати більше, ніж 1–3 дні (морська піхота та на флоті 3–4 дні).

Immediacy (невідкладність) – дуже важливо, щоб допомога надавалася якомога швидше, як тільки з'являються симптоми (при умові, що тактична ситуація дозволяє). Не зволікайте!

Centrality (централізованість) – забезпечте перебування комбатантів з реакціями бойового стресу разом для взаємної підтримки та ідентифікуйте їх як солдат.

Contact (контакт) – військовослужбовця заохочують думати про себе як бійця, а не пацієнта чи хворого. При будь-якій можливості представники підрозділу повідомляють солдата, що його чекають і бажають його повернення. Expectancy (очікування, надія) – комбатанту необхідно недвозначно повідомити, що у нього нормальна реакція на надзвичайний стрес і що це пройде, і він зможе повернутися до виконання обов'язків через декілька годин, можливо днів. Командир є надзвичайно важливим на цій фазі допомоги. З усього, що говориться солдату, який страждає від бойового стресу, слова його безпосереднього командира швидше за все матимуть найбільший вплив. Просте твердження з уст командира, що реакції військовослужбовця є нормальними і що йому незабаром стане краще,

матиме позитивні наслідки. Також варто сказати, що він потрібен своїм товаришам і вони чекають на його повернення.

Після повернення з ним поводяться як і з будь-яким іншим солдатом і очікують, що він належно виконуватиме свої обов'язки.

Proximity (наближеність) – цей принцип передбачає максимальну близькість відносно безпечного місця надання допомоги до театру військових дій, що дає можливість пацієнту отримувати дружню підтримку своїх товаришів по службі і значно підвищує загальну ефективність реабілітаційних заходів. Бажано, щоб солдатів, які вимагають догляду через важкий бойовий стрес, не поміщали в медичні заклади разом з пораненими та хворими військовими.

Simplicity (простота) – цей принцип вказує на необхідність використання коротких і простих методів для відновлення фізичного стану та впевненості у собі. Не проводьте психотерапії. Дії, які виконуються для контролю реакцій бойового стресу, є такими:

- переконання (переконайте постраждалого в нормальності реакцій); відпочинок (відстрочка від бою або відпочинок від роботи);
- задоволення тілесних потреб (наприклад, зігріти, дати їжу та питво, забезпечити гігієну та сон);
- відновлення впевненості (дати військовому можливість виконувати цілеспрямовану діяльність та контактувати із своїм підрозділом);
- повернення (до свого підрозділу та виконання своїх прямих обов'язків). Щоб комбатанти з бойовим стресом не ввійшли в роль пацієнта,

необхідно дотримуватися таких принципів:

- залишити військовим їх форму і вони повинні дотримуватися військової етики і дисципліни;
- забезпечити перебування військових із реакціями бойового стресу окремо від важкохворих чи поранених пацієнтів;
- максимально обмежити приймання ліків за винятком серйозного

порушення сну;

- не евакуювати і не госпіталізувати військового за винятком абсолютної необхідності;
- не ставити передчасних діагнозів;
- транспортувати військових автотранспортними засобами загального призначення, а не машинами швидкої допомоги.

По суті вони є принципами надання першої психологічної допомоги. Крім того, принцип надання першої психологічної допомоги рекомендований багатьма міжнародними і національними експертними групами, у тому числі такими, як міжвідомчих постійний комітет (IASC) і проект «Сфера». У 2009 році Група з розробки керівництв Програми mhGAP Всесвітньої організації охорони здоров'я оцінила наявну інформацію з надання першої психологічної допомоги та психологічного дебрифінгу. Група прийшла до висновку, що саме першу психологічну допомогу, а не психологічний дебрифінг слід пропонувати людям, що перебувають у стані дистресу безпосередньо після перенесеної травмуючої події [69].

Т. Линчук та І. Михальова, постулюючи, що психопатологічний механізм травматичного стресу принципово відрізняється від патологічних механізмів неврозу, формулюють такі принципи роботи психолога в епіцентрі екстремальної ситуації: невідкладність; наближеність до місця подій; очікування, що нормальний стан відновиться; єдність психологічної дії; простота психологічної дії.

Невідкладність означає, що допомога потерпілому має бути надана якнайшвидше: чим більше часу пройде з моменту травми, тим вище вірогідність виникнення хронічних розладів, у тому числі і посттравматичного стресового розладу.

Сенс принципу наближеності полягає у наданні допомоги у звичній обстановці і соціальному оточенні, а також у мінімізації негативних наслідків «госпіталізму».

Очікування, що нормальний стан відновиться: з особою, що перенесла

стресову ситуацію, слід звертатися не як з пацієнтом, а як з нормальною людиною. Необхідно підтримати упевненість у швидкому поверненні до нормального стану.

Єдність психологічної дії має на увазі, що її джерелом повинна бути одна особа, або процедура надання психологічної допомоги має бути уніфікованою.

Простота психологічної дії – необхідно відвести потерпілого від джерела травми, надати їжу, відпочинок, безпечне оточення і можливість бути вислуханим [70].

Б. Гаш і Ф. Ласогга розробили поведінкові рекомендації, яких психологу слід дотримуватися, надаючи допомогу у гострій кризовій ситуації [71].

Як зазначає Л. Касянчук, так само, як і надання першої допомоги при фізичних травмах і захворюваннях, перша допомога при стресі має три основні цілі: зберегти життя, запобігти подальшим ускладненням та сприяти відновленню [72]. Ні перша медична, ні перша психологічна допомога не замінять медичне чи хірургічне тривале лікування, якщо в тому буде потреба. Насправді, вони служать тимчасовими заходами і збільшують ймовірність успіху у майбутньому, коли таке лікування буде доступним. Проте, у численних випадках, коли травма чи захворювання є не надто серйозними, першої медичної чи психологічної допомоги може бути достатньо, щоб зберегти життя, запобігти подальшим ускладненням та сприяти одужанню. Одним з основних принципів першої допомоги при ознаках бойового стресу – це те, що безпосереднє військове командування та згуртованість підрозділу є потенційно найпотужнішою доступною силою для зцілення і відновлення військовослужбовців, часто потужнішою, ніж клінічні навички консультантів і терапевтів, чи ліків, приписаних лікарями. І тому дуже важливо навчитися робити швидко і точно оцінювання стану побратимів, знайти найкращий спосіб допомоги саме у ситуації, що склалася (тому, що кожен випадок є унікальним), а також зрозуміти чи можна обійтися першою допомогою чи потрібно звернутися до спеціалістів.

Перша психологічна допомога при бойовому стресі (далі – ППДБС) складається із семи кроків і організовується на трьох рівнях (таблиця 3.2). Англійською мовою це звучить як «правило семи С надання першої допомоги при стресі» (Seven Cs of Stress First Aid):

Безперервна допомога (Continuous Aid) = перевірка (Check) – оцінювання: спостерігайте і слухайте + координація (Coordination) – отримання допомоги, при необхідності перенаправлення;

Первинна допомога (Primary Aid) = укриття (Cover) – якомога швидше забезпечення безпеки + заспокоєння (Calm) – розслаблення, заспокоєння, перефокусування;

Вторинна допомога (Secondary Aid) = зв'язок (Connect) – отримання допомоги від інших + компетентність (Competence) – відновлення ефективності + впевненість (Confidence) – відновлення самоповаги і надії.

Таблиця 2.2

Загальний огляд першої психологічної допомоги при бойовому стресі

Етапи	Мета	Коли надавати	Дії
Перевірка	Визначити рівень стресу і необхідні заходи для зняття напруги. Оцінити ефективність надання ППДБС. Спостерігати за відновленням	Після кожного сильного стресу. Після надання ППДБС. Після кожного повернення на службу. Кожного разу, коли це необхідно, часто і регулярно	Спостерігати за: незвичними стресорами (те, що викликає стрес). Сильним пригніченням. Змінами нормального функціонування чи змінами у поведінці
Координація	Повідомити тих, кого належить. Звернутися за додатковою допомогою. Переконатися, що допомога була надана	Як тільки зауважили серйозні проблеми через бойовий стрес. Кожного разу, коли це необхідно, часто і регулярно	Повідомити командира (на один рівень вище). Звернутися до лікаря, якщо є показання. Довести справу до кінця

Укриття	Якомога швидше забезпечити безпеку постраждалого. Попередити травмування інших	Швидко, як тільки помітили, що військовослужбовець у стресі може нанести шкоду собі чи оточуючим. Допоки самоконтроль та здатність до усвідомлених дій не повернуться	Нейтралізувати загрозу. Забезпечити безпеку військовослужбовцю, поки він потребує відновлення
Заспокоєння	Зменшити частоту серцевих скорочень. Знизити емоційне напруження. Повернути здатність до усвідомлених дій	Коли рівень фізичної активності чи емоційного напруження військовослужбовця занадто інтенсивний і не відповідає ситуації	Припинити діяльність і розслабитися. Повільне, глибоке дихання. Змінити фокус думок. Використовуйте техніки «заземлення»
Зв'язок	Сприяти взаємній підтримці. Запобігати самоізоляції осіб у стресовому стані	Коли стресові події призвели до втрати довіри, поваги і зв'язку у підрозділі чи сім'ї військовослужбовця	Проводьте час з військовослужбовцями у стресі. Цікавтеся, як їх справи. Заохочуйте підтримку інших товаришів
Компетентність	Відновити розумові та фізичні можливості. Відновити необхідного для виконання задач функціонування	Коли травма чи розлад, викликані стресом, призвели до втрат або змін в нормальному функціонуванні людини чи її здібностях	Заохочувати крок за кроком повне повернення до виконання попередніх обов'язків під певним спостереженням. Перепідготовка, якщо це необхідно
Впевненість	Відновити впевненість у собі. Відновити самоповагу. Відновити надію	Кожного разу, коли військовий втрачає впевненість у собі, товаришах, командирах чи устаткуванні	Забезпечити виконання такої діяльності, яка вдається військовослужбовцю. Позитивне підкріплення. Збільшити відповідальність

Отже, перша психологічна допомога призначена для підтримки тих, хто тільки що постраждав від кризової події. Зазвичай це відбувається під час або одразу після того, що сталося, але іноді – через кілька днів або тижнів, залежно від того, як довго тривала подія і наскільки травмуючою вона була. Першу психологічну допомогу можна надавати у будь-якому досить безпечному місці безпосередньо на місці події або у місцях надання допомоги постраждалим. В ідеалі перша психологічна допомога надається там, де за необхідності можна поговорити з людиною без перешкод з боку оточуючих. Для людей, які пережили певні критичні ситуації, можливість поговорити

наодинці є дуже важливою в аспекті конфіденційності та поваги людської гідності.

Мета і завдання першої психологічної допомоги містять профілактику гострих панічних реакцій, психогенних нервово-психічних порушень; підвищення адаптаційних можливостей індивіда; психотерапію виниклих пограничних нервово-психічних порушень. Основним завданням першої психологічної допомоги є актуалізація адаптивних і компенсаторних ресурсів особистості, мобілізація психологічного потенціалу для подолання негативних наслідків екстремальної ситуації.

Перша психологічна допомога містить аспекти, які вважаються найбільш корисними для довгострокового відновлення людини: формування відчуття безпеки, зв'язку з іншими людьми, спокою і надії; надання доступу до соціальної, фізичної та емоційної підтримки; зміцнення віри у можливість допомогти собі і оточуючим. Практичні заходи можуть містити прийоми медикаментозної терапії, психотерапії, емоційно-вольової саморегуляції, аутогенного тренування, самомасажу біологічно активних точок шкіри тощо. Показником ефективності першої психологічної допомоги є оптимізація психічного стану та поведінки постраждалого і відновлення його психологічної готовності до дій за своїм функціональним призначенням.

2.4. Здатність до відновлення у особистості, яка пережила трагічні події

Здатність людини до відновлення після того, як вона пережила травмівні події наразі є однією із найактуальніших тем на сьогоднішній день. Також серйозним питанням є здатність фахівця, який також пройшов крізь травмівні події, пов'язані із війною, надавати допомогу особам, які пережили втрату близьких, руйнування домівки або інші страшні ситуації. Саме тому дана стаття є певною спробою розглянути значущі явища, які пов'язані із здатністю особистості до зцілення. Цікавим є, які саме психологічні механізми можуть допомогти людині впоратися із травмівними переживаннями, які фактори

впливають на те, щоб ці механізми «спрацювали».

Важливо визначитися із термінологією. У даному випадку, використовуючи термін «травма», ми орієнтуємось на ту, що надається у DSM-5, де травма розглядається як результат «експозиції до смерті, загрози смерті, серйозного поранення або його загрози, сексуального насилля або його загрози, у такі способи: безпосередньо пережити, бути свідком, дізнатися про пережиття травми родичем або близьким другом, експозиція до відразливих деталей травми, зазвичай у часі виконання професійних обов'язків» [3, с. 23]. Якщо травмуюча ситуація сталася з однією людиною або невеликою групою осіб, тоді можна сказати, що це – індивідуальний травмівний досвід, який, до того ж, не завжди призведе до посттравмівного стресового розладу. Тут також задіяні певні механізми та обставини, які дозволяють людині оминати цей ризик. Якщо подія сталася з великою соціальною групою, громадою, у даному випадку – цілою нацією, тоді травма є колективною. Такі травми актуалізують і особистісні травми, і сімейні травми. Як індивідуальна, так і колективна травма має віддалений вплив на майбутні покоління. Через дію певних механізмів, ми можемо визначити, наскільки сильним буде травмівний вплив на особистість/групу/наступні покоління через такі складові [3; 11, с. 12]:

1. Ставлення до події, що сталася. Чи має змогу людина, суспільство відкрито та вільно обговорювати події? Чи присутні/відсутні історії про те, що відбулося? Чи є табуйованими теми або певні деталі ситуації, яка відбулася? Сюди ж можна віднести нездатність емоційно відреагувати на ситуацію?

2. Елементи світогляду та ціннісних орієнтацій, які проявляються у комунікації, культурній спадщині, поведінкових постулатах та правилах. (Яким чином змінюються чи залишаються незмінними впродовж проживання та після пережиття травмівної ситуації).

3. Самі поведінкові стратегії, які проявляються під час та після події як у однієї людини, так і в групах, а також – у цілих поколіннях. (Наприклад, впродовж багатьох поколінь українське населення, яке пережило Голодомор, продовжує накопичувати та зберігати їжу, загодовувати дітей і постійно

хвилюватися «чи не голодна дитина»).

4. Сила та масштаб травматизації.

5. Несправедливість.

6. Неможливість протистояти травмувальній силі обставин. (Якщо людина не змогла зреагувати так, як потім вважала за належне, якщо не могла себе захистити, травма може викликати ПТСР).

Про цінність страждань багато писали у релігійних та філософських працях. Д. Літл, проаналізувавши філософські та релігійні трактати, визначив чотири сенси страждань:

- страждання як покарання за певні вчинки;
- страждання як трансформація, завдяки якому людина змінюється на краще;
- страждання, як навчання, що допомагає збагнути щось нове;
- страждання вікарне, коли людина приймає страждання на користь або замість когось [9].

Річард Г. Тедеші та Лоуренс Г. Калхоун [1, с. 27] зазначають, що внаслідок страждань відбувається духовне зростання, якого людина не може здобути іншим шляхом. Вони впевнені, що травмівне зростання – безперервний процес, а не результат травми. Але при цьому слід зауважити, що зміни та трансформації, які відбуваються із особистістю, походять не від самих страждань або від досягнень, а через усвідомлення. Страждання можуть супроводжувати людину не лише у травмівних подіях, а й у кризових, екзистенційних процесах, які відбуваються із нами у певні періоди життя. Ф. Ніцше, розмірковуючи над темою страждань, вважавщо без них життя стало би беззмістовним і втратило свою цінність. Одна із найвідоміших його фраз: «Хто має «навіщо» жити, може витримати будь-яке «як» стала такою завдяки засновнику логотерапії. В. Франклу, який визначив, що ключовою життєдайною силою є потреба у сенсі. Віктор Франкл говорив, що страждання може бути своєрідним трампліном, що спонукає знайти цей сенс.

Отже, питання змін, які призводять до трансформації особистості, до своєрідного відродження людини, піднімалось досить давно. У психологічній науці та практиці явище психологічної відновлюваності почали ретельно досліджувати в 70-х роках ХХ століття. Тема посттравмівного зростання переплітається з явищем «психологічної відновлюваності». Термін «резильєнтність» пов'язаний із явищем відновлення психіки після травмівних подій. Вперше про нього заговорила Еммі Вернер, визначаючи, що психологічна відновлюваність (resilience) – є процесом доброї адаптації при зіткненні із життєвими складнощами, травмою, трагедією, небезпеками чи значним стресом [3, с. 15; 4; 12]. Вона зазначає, що резильєнтність не є надзвичайним явищем. Ф. Лозель вважав, що резильєнтність позначає здатність людини повертатися до повноцінного життя у складних умовах, і це явище є значно більшим, ніж просто «подолання».

Р. Тедеші та Л. Калхоун підкреслюють, що резильєнтність полягає не лише у досягненні рівноваги, це є надбання певних нових висот, підвищення функціональних компетенцій, що можна назвати «посттравмівним зростанням» [4; 9; 12]. Це дає людині змогу перевищити свій попередній рівень, принаймні в окремих сферах. Людина не просто вижила, а й значуще змінилася порівняно зі своїм попереднім станом. Бачення цих науковців відображене в опитувальнику посттравмівного зростання (The Post-traumatic Growth Inventory (PTGI)), який містить 5 субшкал: ставлення до інших; нові можливості; особистісна сила; духовні зміни; цінування життя.

Слід підкреслити, що резильєнтність зовсім не означає, що людина не буде відчувати біль, переживати гнів, сум тощо. Емоції є частиною нашого життя, і поки людина їх відчуває, живе повноцінно, глибоко їх переживаючи.

Розвиваючи дану тему, С. Джозеф виділяє три виміри такого зростання: стосунки, погляд на себе, життєва філософія. Т. Титаренко визначає посттравмівне зростання через антикрихіть, що забезпечує постійне самонавчання, продуктивнішу взаємодію із собою, світом, іншими людьми [3; 6].

Також було виявлено, що здатність до психологічної відновлюваності не є вродженою рисою або певною особливістю. Це – сукупність поведінки та думок і майже кожен може навчитися відновленню [4; 12].

Визначають такі фактори, які впливають на здатність до відновлення:

- здатність складати реалістичні плани;
- вміння діяти за планом та адаптуватися до умов ситуації, що склалася, щоб у подальшому мати змогу реалізувати бажане;
- оптимістичний погляд на життя, віра в себе, вміння довіряти собі та турбуватися про себе;
- вміння встановлювати доброзичливі взаємини із оточуючими, підтримувати відносини із значущими Іншими;
- вміння допомагати та просити про допомогу, приймати турботу та турбуватися;
- здатність управляти власними емоціями, потягами, бажаннями;
- вміння розуміти, на що неможливо вплинути, чим неможливо керувати й при цьому – здатність приймати рішення та діяти згідно ним, якщо є така можливість;
- вміння спостерігати за собою, досліджувати себе та цікавитися власними внутрішніми процесами;
- пошук додаткових ресурсів та само зміцнення.

Поступово просуваючись до проблем психолога, психотерапевта який також переживає критичні ситуації й травмівні події, та його здатності надавати кваліфіковану допомогу клієнту, слід торкнутись явища, яке має назву «пораненого цілителя». Досвідченому психологу відомо, що він «лікує» клієнта не стільки методами та прийомами, скільки собою. Психолог, як і будь-яка людина, може страждати, переживати складні ситуації, відчувати невпевненість і відчай. Але він не просто теоретично знає, як справлятися із цими станами, він вже має певний досвід подолання травмівних переживань та вирішення складних ситуацій. І тут ми наголошуємо не на тому, що він ділиться досвідом, «як» це робити, він є втіленням того, що вижити, загалом, можливо. І не лише

вижити, а здобути перемогу над обставинами, піднятися на інший рівень, змінивши якість життя на краще.

«Лише поранений може зцілювати» – писав К.Г. Юнг.

У психоаналізі феномен «пораненого цілителя» детально описаний Девідом Седжвіком у праці «Поранений цілитель: контрперенос у практиці юнґіанського аналізу» [10]. Автор зауважує, що лише через справжню «зустріч» психотерапевта і клієнта, коли біль клієнта зрезонував із тими переживаннями, які відчував терапевт (феномен контрпереносу), можна надати допомогу. Постає архетипна діада «Поранений – Цілитель» (за А. Гюггенюлем-Крейгом, під час зустрічі терапевта та клієнта, останній має змогу звернутися до свого власного досвіду самозцілення. Ніби пробуджуються внутрішні сили, підключаються ті ресурси, які є у кожної людини). Звісно, психологу, психотерапевту важливо мати досвід перебування у ролі клієнта, тому що таким чином відбувається робота над власною «пораненою» частиною. «Цілитель» у фахівці зростає через навчання, підвищення кваліфікації та супервізії, які є обов'язковими для його подальшого професійного зростання. Терапевт не може ідентифікувати себе лише із «Цілителем», заперечуючи власну поранену частину. Якщо це станеться, він спровокує таке саме заперечення у клієнта, але той не зможе «віднайти» у собі цілющу частину, ту, яка допоможе дістатися до ресурсів та досвіду відновлення. На цьому наголошує й Мартін Шмідт, який підкреслює необхідність для терапевта бути у контакті із власними «пораненими частинами». Ролло Мей, досліджуючи цей феномен, також зазначав, що зцілювати іншого ми маємо змогу лише завдяки власним ранам.

Тобто лише власний біль дає можливість проявити найщиріше співчуття та можливість зцілити іншого не лише через надання вчасної кваліфікованої допомоги, а й через своєрідний приклад вміння відновлюватися навіть після страшних подій у нашому житті. Звісно, терапевт має вирішити, чи буде він відкрито говорити про власний травмівний досвід та переживання. Це далеко не завжди доречно. Але існування власних перемог над страшними обставинами

вже стає значущою складовою для того, щоб клієнт отримав доступ до власних життєдайних ресурсів. А. Адлер, також досліджуючи дану тему, наголошував, що бути пораненим, означає активувати у собі сили до зцілення, отже, своєрідна мета страждання – допомогти людині пізнати власну силу та здатність до відродження та самозцілення.

Отже, можна сказати, що психолог, психотерапевт, який отримав необхідні знання із травматерапії, а також пережив травмуючі події війни та зміг відновити свої сили, перетворити цей досвід собі на користь, стає справжнім цілителем для травмованого клієнта.

Яким чином можна допомогти клієнту віднайти у собі здатність до самозцілення, прокласти стежку до свого «Цілителя»?

Існує безліч моделей, які описують як процес, так і методи надання допомоги травмованій людині [11]. Більшість з них фахівці знають і використовують у своїй повсякденній роботі, тому що, наприклад, вміння приймати клієнта беззаперечно, не оцінюючи та не засуджуючи, саме по собі вже є цілющим. Клієнти з часом звикають до того, що психолог, терапевт схвально ставиться до обговорення як приємних емоцій та подій, так і неприємних. Більш того, сміливість зізнатися у певних вчинках та рисах з боку клієнта дають йому змогу як людині, що прийшла по допомогу, навчитися приймати себе, довіряти собі та бачити у цих вчинках та рисах щось значно більше, ніж «прийнятне» чи «неприйнятне» для суспільства.

ВИСНОВКИ

1. Повномасштабне вторгнення російської федерації в Україну вплинуло на життя мільйонів мирних жителів. Через численні порушення міжнародного гуманітарного права, фундаментальні права людини опинилися під загрозою. Масові руйнування, знищення цілих селищ і міст, пошкодження енергетичної та соціальної інфраструктури, переміщення, загибелі людей, випадки катувань та сексуального насильства, пов'язаного з конфліктом – все це далеко не повний перелік жахливих наслідків вторгнення.

За даними Міністерства соціальної політики, станом на початок 2023 року, близько 4,9 мільйона людей офіційно зареєстровані як внутрішньо переміщені особи (ВПО). Крім того, згідно з даними Управління Верховного комісара ООН у справах біженців станом на серпень 2023 року в світі зареєстровано близько 6,2 мільйона біженців з України.

За кожною цифрою – людина. Слід розуміти, що за кожною цифрою стоїть не лише людина, яка безпосередньо постраждала від війни, але й її родина, близькі та друзі. Зазнавши неймовірних страждань, вони потребують не лише гуманітарної допомоги та державних послуг, але й людської та психологічної підтримки.

2. Джерелом травми є не тільки об'єктивна подія, що травмує, але також імагінативна активність психіки, що формує на основі пережитого одного разу страшну та фантастичну картину світу, населеного ворожими, загрозливими сутностями, позбавленого стабільності і безпеки і не заслуговує на довіру. Одним із парадоксів функціонування «ушкодженої» психіки є формування внутрішнього механізму самоушкодження та самотравмування, який проявляється у роботі травматичної фантазії і призводить до повторної травматизації. Іншими словами, інтрапсихічні захисні механізми, покликані забезпечувати самозбереження та стресостійкість особистості, під дією травми починають функціонувати в патогенному режимі. З цим феноменом пов'язане уявлення про множинність травми: травмують не тільки спогади, але й

нав'язливі образи, повторювані нічні кошмари, деструктивні «внутрішні об'єкти», проєкції яких підміняють враження зовнішнього світу.

3. Музична арт-терапія заснована на процесі прослуховування музики та створення музики. За допомогою музичної арт-терапії у людини з'являється здатність регулювати та розвивати емоційну сферу особистості. Інструменти музичної арт-терапії допомагають гармонізувати людини з природним та соціальним середовищем. Причини цього в тому, що в музиці закладено фундаментальні принципи, такі як ритм та звук усіх живих істот. За допомогою музики ви можете допомогти своїй дитині відчувати ритми природи та життя людини, відчувати різні звуки та гармонії навколишнього світу, продемонструвати унікальність конкретних біоритмів, розкрити особливості звуку та через нього Ви можете навчити конкретним особистим якостям.

Презентовано методику та результати авторського проєкту «Інтегрована арт-терапія для дітей та матерів внутрішньо переміщених осіб, що пережили воєнний стрес». Було виявлено, що музика має три основні фактори, що впливають на багато сфер життя людини: вібрацію, фізіологічний і психічний. Звукові коливання є стимуляторами обмінних процесів в організмі на клітинному рівні. Ці коливання здатні змінювати різні функції організму (дихальні, рухові, серцево-судинні). Психічний стан людини також змінюється через асоціативні відносини, що виникають у процесі сприйняття та відтворення музики.

4. У зарубіжній науковій літературі, присвяченій вивченню реагування різних екстрених служб у ситуації злочинів із великою кількістю жертв, розглядався зокрема аспект психологічної підтримки, що надається поруч із місцем події. Фахівці на місці визначали психічний стан постраждалих, допомагали зняти психічне збудження, сприяли возз'єднанню із членами сім'ї, розповідали, куди можна звернутися за додатковою психологічною допомогою. Клінічні психологи залучалися під час слідчих дій дома катастрофи, вони перебували поруч із постраждалими під час опитування.

На сьогоднішній день проблема збереження фізичного та психічного здоров'я, працездатності осіб, які беруть участь у військових конфліктах, є дуже актуальною. Участь у бойових діях практично завжди спричиняє стресову реакцію організму, яка без відповідної своєчасної кваліфікованої допомоги може призвести до небажаних наслідків як для військовослужбовця, так і для суспільства в цілому.

5. Мета і завдання першої психологічної допомоги містять профілактику гострих панічних реакцій, психогенних нервово-психічних порушень; підвищення адаптаційних можливостей індивіда; психотерапію виниклих пограничних нервово-психічних порушень. Основним завданням першої психологічної допомоги є актуалізація адаптивних і компенсаторних ресурсів особистості, мобілізація психологічного потенціалу для подолання негативних наслідків екстремальної ситуації.

Перша психологічна допомога містить аспекти, які вважаються найбільш корисними для довгострокового відновлення людини: формування відчуття безпеки, зв'язку з іншими людьми, спокою і надії; надання доступу до соціальної, фізичної та емоційної підтримки; зміцнення віри у можливість допомогти собі і оточуючим. Практичні заходи можуть містити прийоми медикаментозної терапії, психотерапії, емоційно-вольової саморегуляції, аутогенного тренування, самомасажу біологічно активних точок шкіри тощо. Показником ефективності першої психологічної допомоги є оптимізація психічного стану та поведінки постраждалого і відновлення його психологічної готовності до дій за своїм функціональним призначенням.

6. На сьогоднішній день проєкти соціально-психологічного напрямку та їх запровадження є вкрай важливими у зв'язку з постійною ментальною напругою, яка існує в суспільстві. Всі групи населення: вимушені переселенці, сім'ї військових, самі військові, люди, які постраждали в наслідок ракетних обстрілів та втрачають своїх близьких, залишаються без житла (а значить і без відчуття хоч якоїсь безпеки), діти, які навчаються та дорослішають під звуками тривоги, та ті громадяни, які, можливо і не зазнали фізичної кривди від війни,

але проживають зараз стан війни, як і всі інші – страждають від зовсім різних психологічних та психічних ускладнень. Відчуття тривоги, нові сформовані фобії, зневіра, страх перед майбутнім, розубленність та пригніченність свідомості – це лише декілька, але не всі проблеми, які вирують серед нас вже сьогодні. Покращення старих методів психологічної допомоги та розробка нових можуть якісно змінити життя суспільства і сьогодні, і працювати на перспективу, коли прийде час відновлювати Україну разом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Корольчук М. С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К. Ніка-Центрю 2009. 580 с.
2. Пенькова Н. Є. Психологічна готовність військовослужбовців національної гвардії України до службово-бойової діяльності у процесі проведення антитерористичної операції : дис.. ...канд. психол. н. : спец. : 19.00.09 – психологія діяльності в особливих умовах. Харків. 2015. 242 с.
3. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: метод. посіб. / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. Г. Царенко ; за ред. З. Г. Кісарчук. К. Логос, 2015. 207 с.
4. Кривоконь Н.І. Соціально-психологічне забезпечення соціальної роботи: [монографія]. Харків. Видавництво ФОП Олійник. 2011. 480 с.
5. Мульована Л.І. Методи психологічної допомоги учасникам АТО. *Науковий журнал «Молодий вчений»*. 2014. № 10 (13) С. 114-116.
6. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навч. посіб. Київ. 2012. 275 с
7. Хоружий С. М. Психологічна робота з посттравматичними стресовими розладами у військовослужбовців Збройних Сил України : метод. посіб. Київ. НДЦ ГП ЗСУ. 2017. Ч. 2. 84 с.
8. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів. Видавництво Старого Лева. 2015. 416 с.
9. Горбунова В. В., Климчук В. О. Посттравматичний стресовий розлад VERSUS: посттравматичне зростання. *Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції : матеріали міжвідом. наук.-практ. конф.* м. Київ. 30 берез. 2016 р. Київ. 2016. 248 с.
10. Грибок А. О. Психічне здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України як головний фактор успішного виконання бойових завдань в

складних та екстремальних умовах. *Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. Київ, 2018. Том. XI : Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Вип. 18. С. 21–40.

11. Євсюков О. П., Куфлієвський А. С., Лебедев Д. В. та ін. *Екстремальна психологія : підручник*. К. ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с

12. Кальниш В. В., Пишнов Г. Ю., Варивончик Д. В. Актуальні проблеми психофізіологічного стану учасників бойових дій. Україна. *Здоров'я нації*. 2016. № 4 (1). С. 37–43. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2016_4%281%29__8

13. Климчук В. О. Мотиваційний дискурс особистості в інтеракційному просторі : дис. ... д-ра. психол. наук : 19.00.05. Київ, 2015. 412 с. <https://ispp.org.ua/2020/05/06/klimchuk-v-omotivacijnij-diskurs-osobistosti-v-interakcijnomu-prostori/>.

14. Клінічні рекомендації з надання медичної допомоги пацієнтам з неврологічними, психічними та поведінковими розладами / за ред. Волошина П. В., Лінського І. В., Марути Н. О., Волошиної Н. П., Міщенко В. М., Дубенка А. Є. Харків. Видавець Строков Д. В. 2021. 376 с.

15. Кокун О. М. Всеукраїнське опитування «Твоя життєстійкість в умовах війни» : препринт. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2022. 46 с.

16. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Корня Л. В. Психологічне вивчення особового складу Збройних Сил України : метод. посіб. К. НДЦ ГП ЗСУ. 2019. 288 с.

17. Кокун О. М., Мороз В. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Діагностика схильності військовослужбовців до ігрової залежності : метод. посіб. К. 7БЦ, 2022. 144 с.

18. Мачерет Є. Л., Чуприна Г. М., Морозова О. Г., Коркушко О. О. та ін. Патогенез, методи дослідження та лікування больових синдромів : посіб. Х. ВПЦ Контраст. 2006. 168 с.

19. Основи психологічного консультування (лекційний курс) : навч.-метод. посіб. / уклад. Б. А. Якимчук, І. П. Якимчук. Умань. ПП Жовтий О.О., 2013. 204 с.

20. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. / Гридковець Л. та ін. ; за заг. ред. Л. Гридковець. Том 3. Київ, 2018. 236 с. <https://www.osce.org/files/f/documents/4/d/430841.pdf>

21. Особливості стосунків «психотерапевт – клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі : монографія. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2017. 225 с.

22. Череповська Н. І. Деструктивні інформаційні впливи медіа та профілактика їхніх наслідків у військовослужбовців та ветеранів АТО. *Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції : матеріали міжвідом. наук.-практ. конф.* м. Київ. 30 берез. 2016 р. Київ, 2016. 248 с.

23. Еріксон Е. Дитинство та суспільство. Х : Мрія, 2000. 415 с.

24. Фрейберг Д. Свобода навчатися. Х.: Контекст. 527 с.

25. Gettinger M. Promoting social competence in an era of school reform: a commentary on Gifford-Smith and Brownel. *Journal of School Psychology.* 2003. № 6. Р. 45–57.

26. Мартенс Р. Соціальна психологія та спорт. К. : Наукова думка, 1979. 176 с.

27. Фромм Е. Революція надії. Х : Ювента, 1999. 245 с.

28. Цільмак О.М. Складові структури компетентностей. *Наука і освіта : науковопрактичний журнал Південного наукового Центру АПН України.* 2009. № 1 – 2. С. 128 – 134.

29. Єрмаков Т.І. Індивідуальне розуміння концепту «Я» як ключова компетентність особистості в умовах сучасного інформаційного суспільства. *Наукові студії із соціальної та політичної психології : зб. статей.* К.: Міленіум, 2002. Вип. 6(9). С. 200–207.

30. Орбан-Лембрик Л.Б. Комунікативний простір міжособистісних відносин. Вісник Прикарпатського університету. Філософські і психологічні науки. Івано-Франківськ. 2003. Вип. 4. С. 130 – 136.
31. Науково-методичні засади формування психологічної компетентності керівників освітніх організацій у системі післядипломної педагогічної освіти: наук.-метод. посібник / за наук. ред. О.І. Бондарчук. К. Педагогічна думка. 2012. 144 с.
32. Вахромов Є.Є. Вершини життя та шляхи їх досягнення. *Прикладна психологія та психоаналіз*. 2001. № 4. С. 18 – 23.
33. Пометун О. І. Теорія та практика послідовної реалізації компетентнісного підходу в досвіді зарубіжних країн. *Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи*. Київ, 2004. С. 15–25.
34. Заблоцька О.С. Компетентнісний підхід як освітня інновація: порівняльний аналіз. *Вісник Житомирського державного університету. Серія: Педагогічні науки*. 2008. Вип. 40. С. 63–68.
35. Ewart C. K. Measuring Stress Resilience & Coping in Vulnerable Youth. The Social Competence Interview. *Psychological Assessment*. 2002. № 14. P. 339–352.
36. Oyserman D. Competence, Delinquency, and Attempts to Attain Possible Selves. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993. Vol. 65. P. 360–374.
37. Allen J. P. The Relation between Values and Social Competence in Early Adolescence. *Journal of Developmental Psychology*. 1989. № 25. P. 458–464.
38. Про вищу освіту: закон України від 01.07.2014 № 1556-VII. Відомості Верховної Ради. 2014. № 37 – 38. ст. 2004.
39. Про освіту: закон України від 05.09.2017 № 2145-VIII. Відомості Верховної Ради. 2017. № 38 – 39. ст. 380.
40. Cole D.A. Relation of Social and Academic Competence to Depressive Symptoms in Childhood. *Journal of Abnormal Psychology*. 1990. № 99. P. 422–429.

41. Про затвердження Державного стандарту базової і повної загальної середньої освіти: постанова Кабінету Міністрів України від 23.11.2011 № 1392 (із змінами, внесеними згідно з постановою КМ № 538 від 07.08.2013).

42. Recommendation 2006/962/EC of the European Parliament and of the Council of 18 December 2006 on key competences for lifelong learning. Brussels: Official Journal of the European Union, 30.12.2006. pp. 10 – 18.

43. Зимня І.А. Ключові компетентності як результативно-цільова основа компетентнісного підходу в освіті. Авторська версія. Дослідницький центр проблем якості підготовки спеціалістів. 2004. 42 с.

44. Некрилов Д. О. Психологічна культура як складова професіоналізму викладача.
http://www.psyh.kiev.ua/Психологічна_культура_як_складова_професіоналізму_викладача.

45. Особливості формування психологічної компетентності працівників освіти в інформаційному суспільстві : монографія / Н. В. Пророк, Л. О. Кондратенко, Л. М. Манилова та ін. ; за ред. Н. В. Пророк. Київ. Видавничий Дім «Слово», 2017. 199 с.

46. Седова Н. А. Формування психологічної компетентності як важлива складова психічного здоров'я студентської молоді. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами : збірник наукових праць*. Київ. 2007. № 2(4). С. 310–315.

47. Тарасова Т. Б. Психологічна культура особистості як актуальний виклик сьогодення. *Світогляд – Філософія – Релігія : збірник наукових праць*. 2013. Випуск 4. С. 315–324.

48. Демський В. В. Психологічні особливості розвитку професійної рефлексії офіцерів-прикордонників : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.09. Хмельницький. 2009. 197 с.

49. Бойовики штурмують Луганський прикордонний загін – є поранені.
http://o53xo.mjrggldn5wq.cmle.ru/ukrainian/politics/2014/06/140602_lugansk_attack_hk.

50. Бій у «Маринівці» завершився. 5 прикордонників поранено. <http://o53xo.obzgc5teme.mnxw2ltvme.cmle.ru/news/2014/06/5/7028127>.
51. Вночі терористи обстріляли український блокпост неподалік від Амвросіївки. http://nfihezltomxhkyi.cmle.ru/news/vnochi_terorysty_obstrilyaly_ukrainskyu_blokpost_nepodalik_vid_amvrosiivky_70099.html.
52. Державна прикордонна служба України: офіційний сайт. <http://0s.o53xo.mzqwgzlc5xwwltdn5wq.cmle.ru/DPSUkraine/posts/324174757734279>.
53. Тимченко А. В. Психогенії в екстремальних умовах. Бойова психічна травма та методи її корекції : метод. посіб. Харків. ХВУ, 1995. 91 с.
54. Arnold M. Stress and emotion. *Psychological stress*. 1967. № 4. Р. 123–140..
55. Аршава І. Ф. Емоційна стійкість людини та її діагностика : автореф. дис. д-ра психол. наук : 19.00.02. Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Київ. 2007. 33 с.
56. Якимчук А. В. Розвиток у керівників оперативно-розшукових підрозділів державної прикордонної служби України здатності до саморегуляції психічної стійкості в екстремальних умовах : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.09. Хмельницький. 2011. 203 с.
57. Lazarus R. S. & Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York : Springer. 1984.
58. Китаєв-Смик Л. А. Психологія стресу. К. Наукова думка. 2009. 475 с.
59. Фресс П. Емоції. *Експериментальна психологія*. Х. 1975. Вип. V. XVI. С. 111–195.
60. Хуртенко О. В. Психологічні особливості особистості в умовах посттравматичних стресових станів. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : психологічні науки*. Хмельницький : Вид-во НАДПСУ. 2016. № 1(3). С. 253–263.
61. Петровський А. В. Ще раз про стійкість особистості, незалежність та конформність. *Питання психології*. 1975. № 2. С. 58–67.

62. Селье Г. Стрес без дістресу. К : Прогрес, 1979. 48 с.
63. Corum C. R., Thurmond J. B. Effects of acute exposure to stress on subsequent aggression and locomotion performance. *Psychosomatic Medicine*. 1977. № 39. P. 436–443.
64. Martenuick R. G. Differential effects of shock arousal on motor performance. *Percept and Motor Skills*. 1969. Vol. 29. № 2. P. 443–447.
65. Міжнародна класифікація хвороб (10-й перегляд). Класифікація психічних та поведінкових розладів: Клін. описи и вказ. з діагностики / [пер. с англ.] ; ВООЗ. Київ : Факт, 1999. 270 с.
66. Оніщенко Н. В. Теорія і практика надання екстреної психологічної допомоги постраждалим у надзвичайних ситуаціях : дис. д-ра психол. наук :19.00.09. Нац. університет цивільного захисту України. Харків. 2015. 451 с.
67. Бойовий статут Сухопутних військ. Частина II (батальйон, рота). Командування Сухопутних військ України. Київ, 2010. 217 с.
68. Бойовий статут Сухопутних військ. Частина III (взвод, відділення, екіпаж танка). Командування Сухопутних військ України. Київ, 2010. 260 с.
69. War Trauma Foundation и World Vision International. Перша психологічна допомога : керівництво для співробітників на місцях. Женева : ВООЗ. 2014. 76 с.
70. Основи психологічної допомоги в екстремальних ситуаціях : навчальний посібник для спеціальності «Психологія» заочної форми навчання / уклад. Т. П. Лінчук, І. М. Міхалева. Х : Вид-во ХНУ. 2010. 160 с.
71. Lasogga F., Gasch B. Psychische erste Hilfe bei Unfallen. Wien : Stumpf und Kossendey. 1997. 222 p.
72. Касянчук Л. Медсанбат: Перша психологічна допомога при бойовому та оперативному стресі. Профілактика бойової втоми та неправомірної поведінки під час бойових дій. <http://www.medsanbat.info/download/0%B5%D1%81.pdf>.