

О. К. Любчук, М.М. Матяш, А.В. Толстоухов, В.Є. Луньов

ОСНОВИ ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ

ДЛЯ ФАХІВЦІВ З СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ



з 2

О. К. Любчук, М. М. Матяш, А. В. Толстоухов, В. Є. Луньов

ОСНОВИ ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ФАХІВЦІВ З СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

098163



Київ
2019

УДК 364.4.08:159.9](072)
0-75

Б 99030/2

Рекомендовано Вченою Радою медико-психологічного факультету НМУ ім. О. О. Богомольця
(протокол №9 від 13.05.2019 р.)

РЕЦЕНЗЕНТИ

Аймедов К.В. — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психології Одеського національного медичного університету

Гульбс О.А. — доктор психологічних наук, професор, професор кафедри психології Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини

Мозгова Г.П. — доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психосоматики та психологічної реабілітації Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова

Любчук О. К. Основи психореабілітації для фахівців з соціальної роботи:
навчальний посібник / О. К. Любчук, М. М. Матяш, А. В. Толстоухов,
В. Є. Луньов. — Київ : Видавничий дім «АртЕк», 2019. — 182 с.

ISBN 978-617-7674-99-2

Навчальний посібник спрямований на створення цілісної системи наукових знань з основ психореабілітації з урахуванням вимог до підготовки соціальних працівників, які повинні оволодіти основами психореабілітації для здійснення ефективної соціальної роботи.

Розглянуто особливості соціально-психологічної роботи з різними категоріями населення, які потребують допомоги. Це — сім'ї, котрі виховують дітей з особливими потребами; діти — соціальні сироти, які живуть у спеціальних закладах; особи з інвалідністю; біженці, переселенці та мігранти; особи в місцях позбавлення волі та ін.

Наведено програми профілактики і подолання синдрому «професійного вигорання» — для працівників соціальних професій, які перебувають в емоційно перевантажених ситуаціях.

Посібник призначений для фахівців з соціальної роботи, а також для самостійної роботи студентів і має на меті надати теоретичну і практичну допомогу студентам денної та заочної форм навчання на всіх етапах роботи з даного курсу.

ISBN 978-617-7674-99-2

УДК 364.4.08:159.9](072)

- © О. К. Любчук, М. М. Матяш,
А. В. Толстоухов, В. Є. Луньов, 2019
- © ТОВ «Видавничий дім «АртЕк»,
комп'ютерний макет, 2019
Зображення для обкладинки
взято з ресурсу Freepik.com.

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	5
ТЕМА 1. ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	
1.1. Поняття «реабілітація». Види реабілітації. Цілі, об'єкти та принципи соціальної реабілітації	7
1.2. Сутність психологічної реабілітації. Основні завдання. Вимоги та особливості моделі підготовки психологів-реабілітологів	15
1.3. Етапи психологічної реабілітації: від стану коми до соціалізації	18
ТЕМА 2. ФЕНОМЕНОЛОГІЯ ЗОВНІШНЬОЇ ОСОБИСТІСНОЇ ПРОБЛЕМАТИКИ. ПСИХОЛОГІЯ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА ДЕЗАДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ	
2.1. Феноменологічний підхід. Поняття про професійні деструкції особистості, психологічний захист	24
2.2. Психологія соціальної адаптації. Соціальна адаптація як механізм соціалізації особистості. Деадаптація особистості	31
2.3. Соціальна адаптація в різних психологічних підходах	32
ТЕМА 3. ПСИХОТЕХНОЛОГІЇ ДІАГНОСТИКИ. ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ	
3.1. Поняття психотехнологій діагностики. Процесуальна діагностика в корекційно-реабілітаційній роботі	40
3.2. Підходи до корекційно-реабілітаційної роботи	44
ТЕМА 4. ПСИХОКОРЕКЦІЙНИЙ НАПРЯМОК В ПРАКТИЦІ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ	
4.1. Біхевіорально-когнітивні методи у практиці соціальної роботи	50
4.2. Біхевіорально-когнітивні тренінги	53
4.3. Психокорекція в теоретичних підходах: теорія соціального навчання, раціонально-емотивна терапія А. Елліса, когнітивний підхід А. Бека	54
ТЕМА 5. ФОРМИ ТА МЕТОДИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ В ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ. ТРЕНІНГОВІ ГРУПИ	
5.1. Форми психокорекційної роботи в реабілітації. Етапи роботи психокорекційної групи	60
5.2. Тренінгові групи. Соціально-психологічний тренінг.	62
5.3. Теоретичні підходи щодо розвитку групового психологічного тренінгу ...	66

ТЕМА 6. МУЗИКОТЕРАПІЯ, АРТ-ТЕРАПІЯ, ІГРОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОДИ ПРАКТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ	
6.1. Музикотерапія, ігротерапія як методи практичної корекції в психореабілітації	71
6.2. Арт-терапія, малюнкова терапія як методи практичної корекції в психореабілітації	74
ТЕМА 7. ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РОБОТИ З БАТЬКАМИ ТА ДІТЬМИ	
7.1. Підтримка батьків дітей з особливими потребами	87
7.2. Психологія соціальної роботи з дітьми, які пережили насильство в сім'ї.....	98
7.3. Психологія соціальної роботи з дітьми — соціальними сиротами	105
ТЕМА 8. ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РОБОТИ З ІНВАЛІДАМИ ТА В МІСЦЯХ ПОЗБАВЛЕННЯ ВОЛІ	
8.1. Соціально-психологічна допомога інвалідам.....	115
8.2. Психологічна допомога в місцях позбавлення волі	118
ТЕМА 9. ПСИХОЛОГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА ТА ПОДОЛАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ	
9.1. Синдром «професійного вигорання»: сутність, структура, причини виникнення.....	129
9.2. Діагностичний компонент технології профілактики та подолання синдрому «професійного вигорання».....	132
9.3. Програми профілактики та подолання синдрому «професійного вигорання».....	135
ТЕМА 10. ТЕРМІНОВА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА. ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ ДО ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ	
10.1. Термінова психологічна допомога в надзвичайних ситуаціях	141
10.2. Особливості професійної підготовки фахівців до психореабілітації	148
ТЕМА 11. ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА З ПОСТРАЖДАЛИМИ	
11.1. Правила надання першої психологічної допомоги	154
11.2. Психологічна допомога постраждалим в ситуаціях втрати.....	157
11.3. Феномен посттравматичного стресового стану: психологічна допомога	160
11.4. Соціально-психологічна робота з мігрантами, біженцями, внутрішніми переселенцями, безпритульними	168
СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	177

ПЕРЕДМОВА

Об'єктивні труднощі трансформації українського суспільства, становлення демократичної правової держави та соціально орієнтованої ринкової економіки призвели до того, що загострилася проблема особистості та соціальних груп, що проявилася в неспроможності самотійно вирішувати певні завдання соціалізації. Це стосується таких соціальних груп: пенсіонери, інваліди, безробітні, мігранти та ін. Разом із активною матеріально-економічною підтримкою цим людям необхідна соціально-психологічна допомога для підвищення впевненості у завтрашньому дні, зниження напруженості та тривожності, а в певних обставинах — і перша або термінова психологічна допомога, тобто психореабілітація. Тому і виникла нагальна потреба підготовки фахівців із соціальної роботи, які знають та вміють надавати соціально-психологічну допомогу у вирішенні соціально-особистісних проблем незахищених верств населення.

Підтримка батьків та дітей з особливими потребами, інвалідів і дітей, які пережили насильство; надання психологічної допомоги мігрантам, біженцям, особам, які постраждали у ситуаціях втрати або перебували в місцях позбавлення волі — все це вимагає застосування психологічних знань. Вирішення цих проблем у процесі здійснення професійної діяльності пред'являє до соціального працівника, його особистості, психіки певні вимоги та передбачає оволодіння знаннями з надання першої або термінової психологічної допомоги, технології профілактики та подолання професійного вигорання, основ психореабілітації.

Мета даного навчального посібника — познайомити фахівців із соціальної роботи з результатами наукових теоретичних та експериментальних досліджень з основ психореабілітації для досягнення ефективності професійної діяльності з різними категоріями клієнтів у буденних та надзвичайних ситуаціях.

Суттєвою умовою оволодіння знаннями з основ психореабілітації є самотійне визначення цілей та завдань професійної самореалізації; оволодіння дієвими знаннями методів, форм, технологій психологічної корекції для застосування в психореабілітаційній роботі, фор-

мулювання власних професійних висновків у процесі опрацювання змісту, застосування моделей соціальної роботи відповідно до різних парадигм психологічної практики; здійснення різних видів психологічної практики в соціальній роботі: психологічна допомога, психологічне сприяння, психологічна підтримка та соціально-психологічний супровід; використання основних напрямів практичної психології; здійснення професійної діагностики та самодіагностики професійної придатності й корекційних заходів з виправлення професійних девіацій соціального працівника.

Відповідно до вимог освітньо-професійної програми студенти повинні

Знати:

- понятійний апарат з психологічної реабілітації для соціального працівника;
- історію становлення та розвитку психореабілітаційної практики в соціальній роботі;
- професійно важливі риси та якості психореабілітолога, основи організації його роботи в соціальній сфері;

Вміти:

- застосовувати моделі соціальної роботи відповідно до різних парадигм психологічної практики;
- здійснювати різні підходи психологічної практики в соціальній роботі: психологічна допомога, психологічне сприяння, психологічна підтримка та соціально-психологічний супровід;
- використовувати основні напрямки практичної психології: просвітницьку роботу, психопрофілактику, психодіагностику, психокорекцію, психологічне консультування та немедичну психотерапію з різними видами клієнтів;
- здійснювати професійну діагностику та самодіагностику професійної придатності, а також корекційні заходи щодо виправлення професійних девіацій соціального працівника.

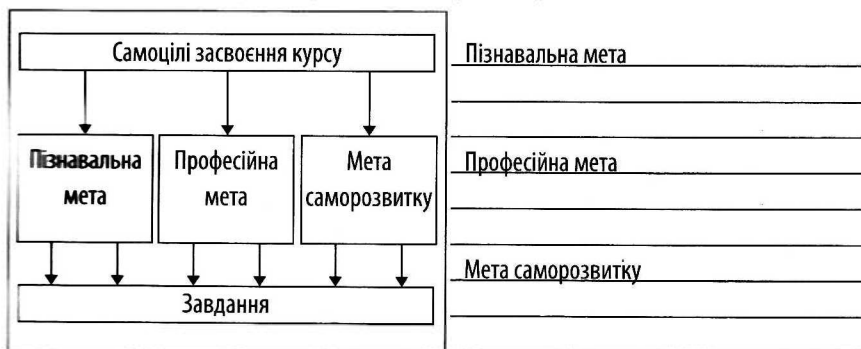
Автори-укладачі висловлюють щире вдячність науковим рецензентам: професору К.В. Аймедову, професору О.А. Гульбс, професору Г.П. Мозговій.

ТЕМА 1. ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

План

- 1.1. Поняття «реабілітація». Види реабілітації. Цілі, об'єкти та принципи соціальної реабілітації.
- 1.2. Сутність психологічної реабілітації. Основні завдання. Вимоги та особливості моделі підготовки психологів-реабілітологів.
- 1.3. Етапи психологічної реабілітації: від стану коми до соціалізації.

Ключові терміни: реабілітація, психологічна реабілітація, професійна реабілітація, соціальна реабілітація, фізична реабілітація, термінова реабілітація.



1.1. Поняття «реабілітація». Види реабілітації. Цілі, об'єкти та принципи соціальної реабілітації

Розвиток реабілітації як науки спричинений військовими діями Першої та Другої світових війн. Завдяки досягненням медицини, санітарії, гігієни значно знизилася захворюваність та смертність від гострих інфекційних захворювань. Однак прискорення науково-технічного прогресу, швидка індустріалізація та урбанізація, забруднення навколишнього середовища, збільшення стресових ситуацій призвели до зростання важких неінфекційних захворювань. Збільшується кількість пацієнтів зі спадковою та вродженою патологією, з хронічними захворюваннями органів дихання, травлення, сечостатевої системи, алергічними захворюваннями, з травмами та отруєннями. Інва-

ліди нарівні з іншими категоріями населення повинні мати фізичні, соціальні та економічні можливості, які б дозволили їм вести життя повноцінне в соціально-економічному плані і творче — в розумовому.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) дає таке визначення реабілітації: «*Реабілітація* являє собою сукупність заходів, покликаних забезпечити особам з порушенням функцій в результаті хвороб, травм та вроджених дефектів для пристосування до нових умов життя в суспільстві, в якому вони живуть. Це комбіноване і координоване застосування соціальних, медичних, педагогічних та професійних заходів з метою підготовки та перепідготовки індивідуума для досягнення оптимальної його працездатності».

Термін «*реабілітація*» походить від латинського слова *habilis* та тлумачиться як здатність, зручність, пристосування; *rehabilis* розглядається як відновлення здатності, як повторна, відновлена дія, протилежна дія, протидія.

Також у дослідженнях «*реабілітація*» розглядається як процес, спрямований на допомогу особистості досягти певного оптимального фізичного, інтелектуального, психічного та соціального рівня діяльності та підтримувати його. Це система державних, соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на запобігання розвитку патологічних процесів, які призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, і на ефективне та раннє повернення хворих та інвалідів (дітей і дорослих) у суспільство і до суспільно корисної праці.

Загальне уявлення про критерії вибору контингентів хворих, які потребують реабілітації, дано у доповіді Комітету експертів ВООЗ з попередження інвалідності (ВООЗ, Жснева, 1983). Комітетом представлено традиційну модель хвороби (етіологія — патологія — прояв) і класифікацію наслідків захворювання (порушення функції — інвалідність — фізичні та інші дефекти), на ліквідацію (або зменшення впливу) яких повинні бути спрямовані зусилля реабілітації. Таким чином, загальноновизнаним підходом щодо спрямованості реабілітації є не прояви захворювань, а їх наслідки. Корекція може бути внесена лише з урахуванням підтверджених функціональних порушень всередині окремих нозологічних форм захворювань

і травм, що означає початок реабілітації для деяких груп хворих ще в період прояву хвороби.

Термін **«реабілітація»** вживається щодо тяжкохворих та інвалідів, а досягнута ефективність застосованих заходів передбачає відновлення (повне або часткове, опосередковано через медичну реабілітацію або з прямим використанням її сил і засобів) всіх трьох компонентів реабілітації (медичного, професійного та соціального), для чого потрібні зусилля фахівців різного профілю. Назви «реабілітаційне відділення», «реабілітаційний центр» можуть бути використані для різного рівня і профілю установ, що займаються реабілітацією. Якщо хоча б умовно не прийняти цю концепцію за основу, термін «реабілітація» розчиниться у тих численних проблемах, якими займається сьогодні суспільство, та набуває іншого сенсу.

Існує декілька підходів щодо виокремлення видів реабілітації, зокрема медичний (ВООЗ) та соціальний.

Медичний підхід. Весь комплекс заходів реабілітації поділяється на такі види:

- **медична реабілітація**, що використовує різні методи медикаментозної терапії, фізіотерапії, лікувальної фізкультури, лікувального харчування, санацію вогнищ хронічної інфекції, хірургічну корекцію патологічних змін та ін.;
- **психологічна реабілітація**, що включає заходи щодо своєчасної профілактики та лікування психічних порушень, з формування у пацієнтів свідомої та активної участі в реабілітаційному процесі;
- **професійна реабілітація**, основними завданнями якої є відновлення відповідних професійних навичок або перенавчання пацієнтів, вирішення питань їх працевлаштування.

Соціальна реабілітація. Цей підхід стосується розробки та прийняття на державному рівні відповідних нормативно-правових актів, які гарантують інвалідам певні соціальні права та пільги, а також забезпечення реалізації цих постанов.

Мета реабілітації — ефективне та найскоріше повернення хворих та інвалідів до побутових і трудових процесів, у суспільство; відновлення особистісних їх властивостей. Для досягнення цієї мети

використовується комплекс лікувально-відновлювальних засобів, серед яких найбільший реабілітуючий ефект мають фізичні вправи, природні фактори (як природні, так і преформовані), різні види масажу, заняття на тренажерах, застосування ортопедичних пристроїв, трудотерапія, психотерапія та аутотренінг. Наведений перелік свідчить про те, що провідна роль у реабілітації належить методам фізичного впливу, і чим далі від етапу до етапу вона просувається, тим більше значення вони мають.

Фізична реабілітація розглядається складовою частиною медичної, соціальної та професійної реабілітації; системою заходів, які спрямовані на відновлення або компенсацію фізичних можливостей та інтелектуальних здібностей, підвищення функціонального стану організму, поліпшення фізичних якостей, психоемоційної стійкості та адаптаційних резервів організму людини засобами і методами фізичної культури, елементів спорту та спортивної підготовки, масажу, фізіотерапії та природних факторів. Фізичну реабілітацію розглядають як лікувально-педагогічний і виховний процес — як освітній.

Основними засобами фізичної реабілітації є фізичні вправи та елементи спорту, а застосування їх передбачає здійснення педагогічного, освітнього процесу. Якість його залежить від того, наскільки методист опанував педагогічну майстерність і знання.

В останні роки значно збільшилася чисельність особового складу аварійно-рятувальних формувань та різних груп спеціального призначення (спецконтингенту) тих чи інших міністерств і відомств, що працюють в екстремальних ситуаціях. У зв'язку з цим з'явилося поняття «термінова реабілітація». Цей вид реабілітації розглядається як комплекс заходів, спрямованих на своєчасне попередження та швидке відновлення порушених психосоматичних функцій, на підтримку працездатності та належної надійності діяльності людей, що працюють в зоні або осередку надзвичайної ситуації, на профілактику у них різних захворювань.

Вважається, що *програма медичної реабілітації* пацієнта має включати до себе такі компоненти:

- фізичні методи реабілітації (електролікування, електростимуляцію, лазеротерапію, баротерапію, бальнеотерапію та ін.);

- механічні методи реабілітації (механотерапію, кінезотерапію);
- масаж;
- традиційні методи лікування (акупунктуру, фітотерапію, мануальну терапію та ін.),
- трудотерапію;
- психотерапію;
- логопедичну допомогу;
- лікувальну фізкультуру;
- реконструктивну хірургію;
- протезно-ортопедичну допомогу (протезування, ортезування, складне ортопедичне взуття);
- санаторно-курортне лікування;
- технічні засоби медичної реабілітації (калоприймач, сечоприймач, тренажери, пристрої для введення їжі через стому, парентерально, інші технічні засоби);
- інформування та консультування з питань медичної реабілітації;
- інші заходи, послуги, технічні засоби.

Одним із лікувальних методів, що впливає на психіку хворого для поліпшення його самопочуття, соматичного стану та підвищення ефективності застосування інших методів лікування, вважають **психотерапію**. Основним «інструментом» психотерапії є слово, яке має смисловий зміст та емоційне забарвлення. У практиці роботи психолога або медичної сестри застосовується так звана «мала психотерапія», в яку входять «стерильність слова і поведінки», потенціювання та опосередкування. За допомогою методів психотерапії психолог або медсестра можуть посилити сприятливий вплив фізичних факторів на пацієнта. Крім того, фахівець повинен психологічно налаштувати хворого на той або інший засіб лікування; виявити, як хворий ставиться до лікувального методу.

Потенціювання — метод посилення специфічного лікувального фактора за допомогою словесного навіювання. Пацієнту пояснюють позитивну дію лікувального засобу: чим краще це пояснення, тим вища ефективність лікування. При цьому хворий усвідомлює терапевтичну цінність призначених методів лікування, у нього формується психологічна готовність до сприйняття цих методів.

Опосередкування є методом непрямого навіювання за допомогою використання лікувальних факторів поза зв'язком з їх специфічною дією — для отримання будь-якого психологічного ефекту. Наприклад, пацієнтові з порушенням сну може «вселяти» хороший сон впливова післядія будь-якої процедури, хоча в «чистому» вигляді вона цього ефекту не чинить.

Психотерапевтичний вплив психолога або медсестри на хворого умовно можна розділити на три етапи:

- попередня розмова про призначення застосовуваного лікування;
- вплив під час проходження лікування;
- заключна бесіда.

Психолог або медсестра обов'язково мають знати мету призначення того чи іншого методу, знати характер і механізм дії певної процедури або ліків.

Виділяють такі види реабілітації: соціальна, психологічна, педагогічно-психологічна, професійна.

Соціальна реабілітація — комплекс заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених індивідом суспільних зв'язків і відносин внаслідок стану здоров'я зі стійким розладом функцій організму (інвалідністю); зміни соціального статусу (літні люди, безробітні, біженці). Метою соціальної реабілітації є повернення особистості до суспільно корисної діяльності, формування позитивного ставлення до життя, праці, навчання.

До об'єктів соціальної реабілітації відносяться такі клієнти:

- сім'ї, які опинилися в складних життєвих обставинах;
- діти-інваліди та їхні батьки;
- діти, позбавлені батьківського піклування,
- жінки і діти, які зазнали різних форм насильства;
- безробітні;
- особи похилого віку.

До основних принципів реабілітації відносять:

- принцип раннього початку проведення реабілітаційних заходів;
- принцип комплексності використання всіх доступних і необхідних реабілітаційних заходів;
- принцип індивідуалізації програми реабілітації;

- принцип етапності реабілітації;
- принцип безперервності і послідовності протягом усіх етапів реабілітації;
- принцип соціальної спрямованості реабілітаційних заходів;
- принцип використання методів контролю адекватності.

Основними принципами соціальної реабілітації вважають:

- принцип здійснення реабілітаційних заходів на початку виникнення проблеми;
- принцип безперервності і постійності проведення заходів;
- принцип комплексного характеру реабілітаційних програм;
- принцип індивідуального підходу до визначення обсягу, характеру і змісту реабілітаційних заходів.

Засоби реабілітації: психотерапевтичний вплив, медикаментозна корекція, ЛФК (кінезотерапія), фізіотерапія, аеротерапія, хореотерапія, мануальний вплив та інші.

Засоби фізичної реабілітації умовно поділяють на активні, пасивні та психорежуючі. До активних засобів відносять всі форми лікувальної фізичної культури: довільна економізація дихання, різноманітні фізичні вправи, елементи спорту і спортивної підготовки, ходьба, біг та інші циклічні вправи та види спорту, робота на тренажерах, хореотерапія, трудотерапія і ін.; до пасивних засобів — масаж, мануальну терапію, фізіотерапію, природні та преформовані природні фактори; до психорежуючих — психопотенціювання, аутогенне тренування, м'язову релаксацію та ін.

Результатом правильно наданої психологічної допомоги в процесі реабілітації пацієнта є активна життєва позиція щодо ставлення до свого здоров'я та самореалізації в житті.

Педагогічно-психологічна реабілітація передбачає навчання, виховання та всебічний розвиток на основі врахування сенситивних періодів розвитку психіки та особистості, в першу чергу, дітей з фізичними та розумовими обмеженнями, створення умов для розвитку їх потенційних можливостей. Складовими є різні форми підготовки особистості до життя в суспільстві і сім'ї, окремі напрями професійної орієнтації та навчання певних видів трудової діяльності. Педагогічно-психологічну реабілітацію переважно характеризують заходи

виховного та навчального характеру, спрямовані на те, щоб дезадаптована дитина оволоділа (з врахуванням її можливостей) знаннями, вміннями і навичками самоконтролю, довільної поведінки, самообслуговування, отримала необхідний рівень загальної або додаткової шкільної освіти.

Професійна реабілітація розглядається як система заходів, спрямованих на відновлення втрачених людиною професійно важливих якостей, які є необхідними для повернення її до трудової діяльності в тій сфері, яка найбільш придатна для неї відповідно до її індивідуальних можливостей. У процесі професійної реабілітації відбувається розвиток професійно важливих якостей і умінь для чогось іншої сфери діяльності, відмінної від тієї, в якій раніше працювала людина.

Корекційно-реабілітаційна функція соціального працівника полягає в роботі з вдосконалення особистих якостей клієнта, особливостей життєдіяльності та створення умов для розвитку потенційних можливостей осіб з функціональними обмеженнями, активне залучення їх до участі в суспільному житті.

Вимоги до фахівця із соціальної роботи, який здійснює психореабілітацію, — знати такі складові:

- теоретичні основи реабілітації та психореабілітації, специфіку соціальної реабілітації;
- специфіку психологічної корекційно-реабілітаційної роботи з різними соціальними групами;
- види і рівні корекційно-реабілітаційної роботи;

Для реалізації даної функції фахівцеві необхідно вміти:

- надавати психологічну допомогу особам, які потребують соціальної реабілітації та адаптації;
- здійснювати психологічну корекційно-реабілітаційну роботу з різними соціальними групами в межах своєї компетенції;
- прогнозувати та планувати життєвий шлях об'єкта соціальної реабілітації;
- налагоджувати зв'язки з усіма можливими суб'єктами корекційно-реабілітаційної допомоги.

1.2. Сутність психологічної реабілітації. Основні завдання. Вимоги та особливості моделі підготовки психологів-реабілітологів

Психологічний аспект реабілітації спрямований на корекцію психічного стану пацієнта, а також формування його ставлення до лікування, лікарських рекомендацій, виконання реабілітаційних заходів. Необхідно створити умови для психологічної адаптації хворого до нової життєвої ситуації, що склалася внаслідок хвороби. Професійний аспект реабілітації торкається питань працевлаштування, професійного навчання та перенавчання, визначення працездатності хворих.

Психологічна реабілітація спрямована на подолання в свідомості людини уявлення про безвихідне його становище, відновлення захисних сил організму, формування впевненості та мотивації щодо подолання почуття тривоги, страху або провини, психологічних комплексів, невпевненості в своїх силах, зміцнення активної, діяльної особистісної позиції людини.

Підготовка психологів-реабілітологів у сучасному світі має свої особливості. Найбільш визнана сьогодні *Ізраїльська модель*.

Базовий курс Ізраїльської моделі підготовки охоплює різні галузі знання, до яких відносяться:

- психофізіологія,
- психологія процесів пізнання (включаючи сприйняття),
- основи психології розвитку,
- психологія навчання,
- психологія особистості,
- соціальна психологія,
- психологічне тестування.

Вивчається базова методологія проведення досліджень. Основний зміст базового вступного курсу психології дається за Е. Хілгардом. Акцент ставиться на психології як науці, що заснована на фактах, здобутих емпіричним шляхом та підтверджених практикою.

Основні теорії, на яких побудовані курси бакалаврату:

- теорія умовних рефлексів І. Павлова та оперантне навчання за Скіннером (Халл, Толлман, Міллер, Доллард);
- теорія пізнання (Штернберг, Солсо, Майкл Айзенк);

- теорії структури особистості (п'ять факторів теорії Фрейда, Юнга, Адлера, Кеттелла, Айзенка, Маслоу, Левіна та ін.);
- концепції соціальної психології (концепції ставлення та поведінки, динаміки груп, взаємне тяжіння в групах, поведінка натовпу, конформізм).

Способи оцінки знань та практичних умінь. На початковому рівні (бакалаврат) використовуються здебільшого тести, що включають різноманітний набір питань, деяку кількість емпіричних завдань, письмові домашні завдання, звіт із семінарів у вигляді письмової роботи невеликого обсягу, що базується на емпіричному дослідженні.

На рівні магістратури оцінюються здебільшого письмові роботи, зокрема магістерська робота та письмові звіти про результати спостереження, отримані в процесі практичного виконання студентської роботи в різних умовах (клініка тощо).

Психолог-реабілітолог повинен мати знання та вміння в певних галузях знань:

- психодіагностиці,
- нейропсихології,
- техніці первинного інтерв'ю,
- складання звітної документації.

Обов'язковим вважається один рік практики за умови супервізії. Отримання спеціалізації вимагає роботи в практичній установі на ставку протягом 21 години на тиждень. Студент обирає не менше двох напрямків для вузької спеціалізації, що вказується у дипломі магістра. Освітня програма підготовки психологів-реабілітологів має особистісно-орієнтований характер, тому що основним інструментом роботи реабілітолога є його власна особистість. Цей підхід відображений у навчальному плані професійної підготовки: в Аріельському університеті студенти протягом одного семестру проходять практикум (один раз на тиждень півтори години), який спрямований на вирішення ними своїх особистісних проблем.

Відбір до магістратури здійснюється наступним чином абітурієнти здають загальноізраїльський іспит (5,5 годин), що включає базові предмети:

- обов'язкова англійська мова;

- виконання великого психологічного тесту за американською системою;
- надання результатів наукових досліджень з використанням статистичної обробки даних, а також рекомендації.

Підготовка в галузі клінічної реабілітаційної психології за магістерською програмою підготовки клінічних психологів, що спеціалізуються в галузі реабілітаційної психології, переслідує такі цілі:

- підготовка фахівців у галузі реабілітаційної психології для роботи з особами з обмеженими можливостями здоров'я, а також з організаціями, що надають цим особам реабілітаційну допомогу;
- підготовка психологів, здатних проводити дослідження, присвячені проблемам розвитку та оцінці методів, технік діагностики і терапії з метою надання допомоги фахівцям в галузі реабілітаційної психології і спеціальним агентствам з надання реабілітаційних послуг.

Зміст підготовки клінічних психологів, які спеціалізуються в галузі реабілітації, визначається ізраїльським законом про психологів і включає такі дисципліни:

- введення в реабілітаційну психологію;
- статистика;
- методи дослідження;
- копінг-стратегії в разі інвалідності;
- психопатологія;
- психодіагностика;
- психологія інтелекту та особистості;
- техніки терапії (третій курс);
- сімейна терапія.

У перший рік студенти проходять міні-практикум у реабілітаційному закладі один день на тиждень протягом усього навчального року. На другому році навчання практикум займає два дні на тиждень. Студент вже має право і можливість проводити діагностику і втручання.

Спеціалізація в реабілітаційній психології можлива після здачі всіх іспитів за два роки навчання в магістратурі. Спеціалізація розрахована на чотири роки, під час яких опановуються як мінімум два напрямки, що обов'язково передбачає працевлаштування на половину ставки у відповідній установі. Наприклад, робота з насильствами, черепно-моз-

кової травми та спінальними хворими: стажери отримують знання з діагностики, лікування, ведення хворих, з роботи у команді. У роботі психолога основною опорою є еклектичний підхід.

Виокремлені проблемні місця у підготовці психологів-реабілітологів:

- невміння проводити первинне інтерв'ю;
- невміння працювати у команді;
- відсутність профілактики професійного вигорання.

Небезпека професійного вигорання — велика внаслідок великого навантаження, великої кількості зустрічей з колегами, з супервізором, ро-татії (під час спеціалізації відбувається зміна не менше двох відділень).

Сучасна реабілітація розглядається як клієнт-центрована мульти-дисципліна. Для реабілітолога повинна бути характерною особистіс-но-включена позиція. Психолог-реабілітолог працює як з клієнтом, так і з його родиною та реабілітаційної командою. Основне завдання психолога-реабілітолога розкривається в залученні клієнта у рішення задач своєї долі, в результаті чого він стає суб'єктом власної актив-ності. Головним поняттям у реабілітології є якість життя, але якість життя вибирає пацієнт і його оточення. Отже, у реабілітолога не може бути загальних схем роботи. Загальні підходи стосуються зміни пози-ції клієнта, яка має еволюціонувати наступним чином:

- первинна позиція «я впораюся сам, будь поруч»;
- позиція «допоможи мені»;
- позиція «скажи, що мені робити».

1.3. Етапи психологічної реабілітації: від стану коми до соціалізації

Психологічну реабілітацію в разі раптової травми або хвороби тре-ба надавати з першого дня. Для відновлення в умовах безповоротної втрати функцій головне завдання психолога — допомогти хворому знайти сили на основі зміни його ставлення до свого «Я».

Психологічна реабілітація ґрунтується на знанні психології сенсу жит-тя та смерті (психології втрати). Виділяють наступні періоди реабілітації:

- гострий період;
- підгострий;
- пізній період, що передбачає тривалу реабілітацію.

Переживання хворого під час проходження кожного періоду реабілітації є різноманітними і мають свої етапи, які переходять один в інший. Початок, як правило, має загальний характер, реалізується автоматично, а розгортання наступних етапів залежить від індивідуальних характеристик хворого. Реабілітація розглядається як динамічний поетапний процес, проходження якого залежить від особливостей особистості і умов середовища. Психологічна реабілітація складається з п'яти етапів.

I етап психологічної реабілітації, який отримав назву «Шок і тривога», має певні особливості протікання:

- на когнітивному рівні відбувається нерозуміння ситуації пацієнтом;
- не проявляється паніка;
- реакція на втрату функцій викликає стійкі порушення функціонування;
- виникають проблеми самосприйняття;
- характерні ступор, сплутаність свідомості;
- хворий не вірить, що це сталося з ним;
- спостерігаються симптоми порожнечі, відсутності.

Наприкінці цього етапу починається розуміння події, за цим настає прояв паніки, страху життя в ситуації втрати, страх смерті.

Перший етап проходить у кожної людини по-різному, що відбивається на тривалості — від кількох днів до кількох тижнів.

Існують два підходи щодо особливостей здійснення психологічної реабілітації в цей період.

1. Одні фахівці вважають, що коли хворий знаходиться в стані шоку, з ним працювати майже неможливо, основні зусилля психолога мають бути спрямовані на роботу з родичами потерпілого.

2. Інші фахівці активно працюють на цьому етапі, основний акцент ставиться на роботі психологів:

- ліки застосовують в крайніх випадках і мінімальних дозах;
- на етапі «шоку» працює вся команда;
- головним переживанням хворого є те, що «світ розсипався»;
- фахівці прагнуть вступити в комунікативний контакт, який спрямовують на доведення того, що «світ існує»;

- частиною підтримки є пояснення того, що саме переніс хворий, чого варто очікувати та які подальші перспективи; крім того, важливо пояснити, що переживання хворого є нормальними, створити ситуації «легалізації» його реакцій.

II етап психологічної реабілітації спрямований на включення захисних механізмів. Змістом цього етапу є або звернення до Бога, якщо пацієнт є віруючою людиною, або до лікарів, або заперечення всього. Це один із найбільш проблемних етапів. Хворий сподівається, що повністю одужає, не будучи в силах об'єктивно оцінити ситуацію. Рекомендації реабілітаційної команди не приймаються. У цій ситуації важко розмежувати особистісні та ментальні проблеми. Наприклад, спинальний хворий заперечує, що він паралізований. Хворі з усіма видами травм, інсультами, іншими обмеженнями здоров'я, що виникли раптово, а також члени сімей постраждалих проходять цей етап неоднозначно, часто не розуміючи та не усвідомлюючи наслідків хвороби. Таким чином, в центрі процесу виявляються як хворий, так і його сім'я.

Протягом даного періоду головне — не сперечатися, не переконувати, не тиснути, а м'яко пояснювати наявний стан «речей». Завдання цього періоду в психологічній реабілітації — підвести хворого до усвідомлення реальності. Якщо у людини через місяць не відновлюється рухова функція руки, то лікар пояснює, що рука рухатися у нього не буде ніколи. Таке пояснення проводиться індивідуально, залежно від особливостей пацієнта. Багато хворих слухають, але «не чують». Один потребує зустрічі з суворою дійсністю, для іншого важливий акцент на можливості, що існують. Тут необхідно проводити роботу спільно — хворого з психологом та всією реабілітаційною командою.

III етап психологічної реабілітації — «Початок розуміння і прийняття».

Змістом цього короткого етапу є переживання скорботи, депресії, злості. Третій етап нетривалий, але ці переживання неймовірно важливі. Якщо хворий не сумує, це ненормально, значить, він залишився на попередній стадії. У цьому випадку не буде сильного внутрішнього розуміння і прагнення змінити усвідомлений стан речей.

Оплакування втрати призводить до загальної реакції — депресії. Хворий закривається, заглиблюється у собі, не хоче контактувати, живе у своїх фантазіях. Зовні, як правило, він виглядає погано, відбувається як би регресія. Можливі два прояви описуваного етапу:

- перший варіант третього етапу — прояв пасивності, відсутність мотивації до змін;
- другий варіант третього етапу — прояв гіперреакції, що виявляється в озлобленні, самозвинуваченні.

Так, хворий може переживати сором («я поганий, тому що це зі мною сталося») або злість (щодо ставлення, наприклад, до своїх кінцівок). Сильні реакції самозвинувачення, що призводять до аутоагресії, підвищують ризик суїциду. Зниження цього ризику є найважливішим професійним завданням психолога. Одним із способів виведення пацієнта з описаних переживань є демонстрація, навіть, мінімальних проявів самостійності пацієнтом. Психолог і вся реабілітаційна команда підбирають відповідні завдання, ділять їх на маленькі етапи. Хворому необхідно пропонувати такі завдання, в яких він буде успішним.

IV етап психологічної реабілітації визначається як «Протест».

На цьому етапі злість на себе переходить в агресивність щодо ставлення до всього світу. Хворий бунтує. У цій ситуації завданням психолога є побудова кордонів, надання хворому чіткої програми активності, визначення меж, в яких можлива життєдіяльність. Хворого необхідно вислуховувати, але при цьому важливо ставити його в певні межі, інакше не буде прогресу. Психолог вчить хворого не боятися своїх негативних переживань, пояснює, що бунт — це його сила, тільки потрібно направити цю силу в правильне русло. У такій роботі використовується механізм проєкції.

V етап психологічної реабілітації дістав назву «Реорганізація і реінтеграція».

З огляду на можливість повернення до минулих етапах, необхідно пояснювати хворому його перспективи «адаптації». Головним завданням є встановлення партнерських стосунків. Всі зусилля докладаються разом із сім'єю та командою. Підтримка сім'ї — дуже важливий напрямок роботи; психолог прагне разом з клієнтом пройти шлях від симбіозу з сім'єю до розмежування завдань та допомоги.

Напрямки роботи на даному етапі конкретизуються залежно від характеру обмеження здоров'я (ментальна недостатність, неврологічні або соматичні захворювання); часу виникнення недостатності (вроджена або набута). Наприклад, що стосується роботи з групами пацієнтів, що мають порушення діяльності головного мозку. На основі генезу порушень виділяють три головні групи осіб цієї категорії: хворі з вродженою недостатністю центральної нервової системи; хворі з набутою недостатністю (інсульт, видалення пухлини, травми); хворі з віковими атрофічними змінами мозку.

Фахівцю необхідно володіти різними системами реабілітації для різних груп. Пацієнти з набутою травмою проходять наступний «маршрут» реабілітації: проводять один місяць у стаціонарі, де з ними працюють невролог і нейрохірург. Потім вони проводять чотири місяці в реабілітаційному відділенні. Таким чином, реабілітація в середньому триває 1–1,5 року. Мета реабілітації — по можливості повернути працездатність хворого. Терапія являє собою Workshops і може поєднуватися з навчанням або роботою. Програма повної терапії — це групова робота чотири рази на тиждень з акцентом на вибір оптимальної роботи. У трудовому центрі для людей з важкими травмами працює команда, що складається з колективу психологів, логопеда, терапевта, який проводить трудотерапію та когнітивну реабілітацію, трудового агента, який шукає роботу для пацієнтів. Психологи проводять тестування, анкетування для вироблення програм реабілітації. Це можуть бути гуртки, індивідуальні програми, інтенсивні програми. Застосовуються різні види арт-терапії. У цьому центрі немає лікарів та медсестер.

Теми доповідей

1. Види реабілітації, які використовуються в соціальній роботі.
2. Межі компетентності та соціальної відповідальності у здійсненні реабілітації.
3. Цільові групи клієнтів соціальних служб та особливості підходів до роботи з ними.
4. Професійна компетентність психолога-реабілітолога у практиці соціальної роботи.
5. Технологія розвитку професійної компетентності соціального працівника.

Контрольні питання

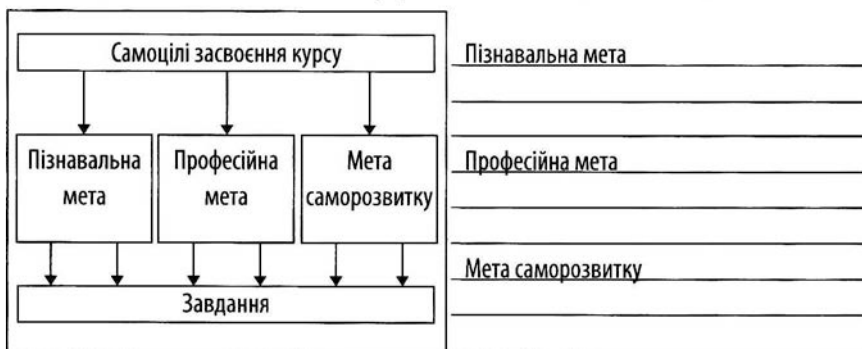
1. Що являє собою реабілітація?
2. Які види реабілітації виділяють?
3. У чому полягає специфіка психологічної реабілітації?
4. Якими фахівцями може надаватися психологічна реабілітація та чому?
5. Які основні цілі, завдання надання психологічної реабілітації?
6. Які основні етапи психологічної реабілітації здійснює фахівець?
7. Які існують підходи до виділення видів реабілітації?
8. В чому проявляється специфіка роботи психолога під час першого етапу психологічної реабілітації?
9. На що спрямований II етап психологічної реабілітації?
10. Які особливості III етапу психологічної реабілітації?
11. Чому IV етап психологічної реабілітації визначається як «Протест»?
12. Яку назву дістав V етап психологічної реабілітації та чому?
13. Які особливості моделі підготовки психологів-реабілітологів характерні для Ізраїльської моделі підготовки?
14. Чому в Україні доцільно вивчати досвід підготовки психологів-реабілітологів за Ізраїльською моделлю?

ТЕМА 2. ФЕНОМЕНОЛОГІЯ ЗОВНІШНЬОЇ ОСОБИСТІСНОЇ ПРОБЛЕМАТИКИ. ПСИХОЛОГІЯ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА ДЕЗАДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ

План

- 2.1. Феноменологічний підхід. Поняття про професійні деструкції особистості, психологічний захист.
- 2.2. Психологія соціальної адаптації. Соціальна адаптація як механізм соціалізації особистості. Деадаптація особистості.
- 2.3. Соціальна адаптація в різних психологічних підходах.

Ключові терміни: феноменологічний підхід, професійна деструкція особистості, професійний маргіналізм, професійні деформації, вивчена безпорадність, соціальна адаптація, дезадаптація особистості, професійна стагнація, захисні механізми



2.1. Феноменологічний підхід. Поняття про професійні деструкції особистості, психологічний захист

Втіленням ідеалістичної методології, на думку Л. Виготського, була психологія описова, розуміюча, феноменологічна, індетерміністська, суб'єктивна, яка використовує методи, від яких можна відмовитися, якщо їм буде знайдено найбільш прийнятну заміну. Ця наука перебільшує значення безпосереднього досвіду; для неї важлива орієнтація на цінності. Її можна назвати телеологічною та інтенціональною.

Аналіз феноменологічних досліджень Е. Гуссерля, К. Ясперса, Л. Бінсвангера, Г. Елленбергера дозволяє стверджувати, що в міру свого становлення феноменологічна психологія все більш впевнено доповнює дослідження окремих психічних феноменів дослідженням внутрішнього світу особистості як єдиного цілого буття людини у світі.

Терміном *«феноменологічна психологія»* позначають деякий тип, полюс психологічного пізнання, виокремлення однієї з двох альтернативних тенденцій у сучасній психології. Особистість завжди має деякий внутрішній світ, «невідчужуване нутро» (М. Бахтін). Це нутро є особистою «таємницею», яка непроникна для «Іншого». Воно недоступне односторонній пізнавальній активності «Іншого». Адекватне пізнання особистості передбачає не тільки активність пізнання, а й самосвідомість, і власну зустрічну активність особистості, і її самооб'явлення. Методом дослідження особистості, адекватним її природі, є діалог, суттєві особливості якого було тільки що описано. Такий діалог називають феноменологічним. Мається на увазі, що феноменологічний метод, стаючи методом дослідження особистості, як говорить буття, знаходить форму феноменологічного діалогу.

Професійна деструкція особистості являє собою руйнування, зміни або деформацію психологічної структури особистості у процесі професійної діяльності. Виникнення та розвиток професійних деструкцій знижує продуктивність виконання діяльності, негативно впливає на мотивацію та професійну позицію. Спеціаліст втрачає інтерес до своєї роботи, заціклюється на її негативних моментах, ~~вважає~~ за краще не виходити за рамки нормативно схвалюваної діяльності. Все різноманіття чинників, що детермінують розвиток професійних деструкцій, Е. Симанюк умовно ділить на об'єктивні та суб'єктивні.

До *об'єктивних* чинників виникнення професійної деструкції ~~внесено~~:

- погіршення соціально-економічних умов життєдіяльності;
- вікові психологічні зміни (погіршення здоров'я, ослаблення психічних процесів);
- інтелектуальна безпорадність;
- емоційна насиченість професійної діяльності;

- формування індивідуального стилю діяльності, що сприяє виникненню професійних стереотипів;
- зовнішня та внутрішня оцінки успішності професійної діяльності, а також випадкові події та несприятливі обставини у реалізації професійних планів.

Друга група факторів обумовлена *суб'єктивними* причинами:

- внутрішніми умовами розвитку особистості;
- зниженням активності, необхідної для саморозвитку;
- психологічними якостями (агресивністю, пасивністю та ін.), психофізіологічними властивостями особистості (ригідністю, екстернальністю тощо). Такі психологічні особливості особистості визначають поведінку особистості у важких життєвих і професійних ситуаціях.

Професійні деструкції породжують психічну напруженість, погіршують самопочуття. Якщо фахівець протягом тривалого часу не може встановити причину дисбалансу це спричинює кризу професійного становлення. Деструктивний вихід із кризи може призвести до регресу особистості, різкій зміні професії, відходу від активної професійної діяльності. Це нераціональне, пасивне, неадекватне реагування на кризу або догляд і покладання відповідальності за розв'язання суперечностей на інших людей або на обставини. Е. Симанюк представляє опис декількох видів професійної деструкції професіонала.

Професійні деформації проявляються як спотворення профілю професійно важливих якостей особистості. *Вивчена безпорадність* це звичка жити, не надаючи опору, не беручи відповідальності на себе. Така деструкція виникає, коли фахівець дуже часто сприймає відсутність реального зв'язку між його діями у відношенні до клієнтів, до самої роботи і результатами цих дій у навколишньому середовищі, коли фахівець багаторазово переконується в непродуктивності та непотрібності власних дій та вчинків. Розвитку вивченої безпорадності сприяє авторитарний стиль управління колективом. Симптомами вивченої безпорадності є пасивність, смуток, тривога, ворожість, когнітивні дефіцити, знижений апетит, послаблення імунітету, зниження самооцінки, зміни нейрохімічних процесів.

Ефективними методами корекції та профілактики безпорадності є підвищення толерантності до негативних професійних подій, розвиток мо-

тивації досягнення, мотивації успіху; посилення усвідомлення контролю над тим, що відбувається; розвиток умінь щодо вирішення проблемних ситуацій та евристичного типу реагування в складних ситуаціях; розвиток наполегливості й позитивного ставлення до себе та навколишнього світу, а також використання заохочення самостійної поведінки.

На думку Є. Єрмолаєва, *професійний маргіналізм* це особистісна позиція непричетності та ментальна неналежність до суспільно-прийнятої для даного виду діяльності професійної моралі. Професійний маргіналізм є небезпечним тим, що руйнує соціально значущі професійні структури та відносини. Втративши професійну ідентичність, фахівець не приймає на себе відповідальність за те, що відбувається на роботі, не поділяє гуманістичні цінності. Профілактика та корекція професійного маргіналізму полягають у відновленні професійної ідентичності фахівця, моделюванні проблемних ситуацій, розвитку креативності та відповідальності.

Професійна стагнація проявляється у зниженні рівня професійної активності або повній її зупинці. Рівні виконання професійної діяльності можуть при цьому сильно відрізнятись. Але навіть при високому рівні професійної діяльності, яка реалізується одними й тими ж способами, стереотипно та стабільно, має місце прояв професійної стагнації. Корекція і профілактика професійної стагнації досягаються такими технологіями: побудовою альтернативних сценаріїв професійного розвитку; психологічним консультуванням, в ході якого психолог обговорює з фахівцем його конкретні вчинки, дії, прояв тривожності; робота з професійним минулим, сьогоденням і майбутнім.

Вперше термін *«психологічний захист»* був ужитий З. Фрейдом в 1894 р. у роботі «Захисні нейропсихози», а потім отримав розвиток у роботах: «Етіологія істерії», «Подальші зауваження про захисні нейропсихози». Захист регулює індивідуальну поведінку і, на думку З. Фрейда, визначає взаємини в конфлікті між свідомістю і несвідомим. Свідомість впливає на несвідоме за допомогою витіснення, що оберігає її від неприйнятних інстинктивних потягів. Несвідоме діє на свідомість через механізми захисту, трансформації потягу в форми, прийнятні для реалізації у поведінці. Функція захисту — в ослабленні зазначених протиріч і збереженні свідомості від неприйнятних інстинктивних потягів.

У своїх роботах Фрейд представив першу теорію психологічного захисту, дослідження послідовності формування захисних механізмів в онтогенезі, виділив критерії класифікації захисних механізмів. Вчені описували не тільки окремі захисні механізми: компенсація (А. Адлер), придушення (К. Хорні), втеча (Е. Фромм), виборча увага (Г. Саллівен), але і захисні стратегії поведінки: авторитаризм, деструктивність, підпорядкування (Е. Фромм), прагнення проти людей, прагнення від людей, прагнення до людей (К. Хорні).

Фрейд розумів захисні механізми як прояв діяльності «Я», що починається, коли «Я» схильне до надмірної активності спонукань або афектів, що представляють для нього небезпеку та функціонують автоматично, не погодившись із свідомістю. Представники інтеракціоністського підходу, зокрема Т. Шибутані, пов'язував розуміння захисних механізмів з процесами перцепції й символізації. Застосування несвідомих форм компенсаторних пристосувань виступає реакцією на фрустрацію значущих потреб і оберігає від негативних емоційних реакцій, пом'якшує загрозливі ситуації, попереджає дезорганізацію поведінки. Способи захисту свого «Я» є результатом минулого досвіду особистості і спрямовані на підтримку стабільності «Я»-концепції, статусу та ролі у міжособистісних взаємодіях. Індивідуальний репертуар компенсаторних механізмів формується в процесі розвитку особистості шляхом відбору доцільних різних ситуацій, які є ефективними для даного індивіда. Представники гуманістичної психології розглядали особистість, для якої характерна самоактуалізація, як людину, що відмовилася від своїх захисних механізмів, оскільки розкрити свої можливості, знайти мету свого життя можна тільки викривши свої психопатології.

Е. Берн вважав аналогом захисних механізмів різні способи структурування часу, необхідність якого викликається потребами в увазі з боку інших та потребою у приналежності до них. Основними захисними механізмами структурування часу Е. Берн зазначав такі:

- *замикання* як відмову від будь-яких взаємодій;
- *ритуали* як прояв повністю передбачуваних дій, що програмовані традиціями та звичаями;
- *роботу* як сукупність дій, орієнтованих на зовнішню реальність та програмовані матеріалом, з яким доводиться працювати;

- *розваги* як ритуали, які не повністю стилізовані і передбачувані та є вільно вибірковою взаємодією;
- *ігри* як набори цілеспрямованих взаємодій, що призводять до психологічної вигоди та обумовлені наявністю несвідомого життєвого плану (сценарію). Сценарії базуються на обмеженій кількості тем і представлені в свідомості у вигляді улюблених історій, притч, міфів. До власне захисних механізмів Е. Берн відносив замикання, ігри та сценарії, а інші методи структурування часу до способів адаптації.

Основною функцією психологічного захисту автори називають «огорожу» сфери свідомості від негативних, травмуючих особистість переживань; забезпечення психологічної захищеності особи, яка характеризується відсутністю підвищеної тривожності, неврозів, страхів, адекватною самооцінкою, реалістичним рівнем домагань, почуттям приналежності до групи, зовнішньої і внутрішньої соціально-психологічної адаптованості особистості до життєвої ситуації.

З точки зору теорії настанов, дослідження психологічного захисту проводив Ф. Басін, який розглядав його як психічну діяльність, спрямовану на спонтанне позбавлення наслідків психічної травми; динаміку системи настанов особистості в разі їх конфлікту. Також він вважав, що основна роль захисту полягає в перебудові системи настанов з метою:

- зняття надмірного емоційного напруження;
- опору хвороби;
- запобігання дезорганізації психічної діяльності.

Психологічний захист більшість вітчизняних психологів розглядали як систему стабілізації особистості, як актуалізацію у системі зв'язаних відносин. Так, В. Мясіщев виділяв три класи відносин: ставлення до світу предметів і явищ, ставлення до інших людей, ставлення до себе, яке захищається особистістю найбільш активно. Для психологічного захисту, яка викликана міжособистісними або соціальними конфліктами, детермінує появу внутрішньоособистісних протиріч. Знання захисних механізмів, їх комплексів, стратегій використовуються у фруструючих ситуаціях, що є необхідним для створення умов соціальної адаптації, для розуміння шляхів адаптації особистості до соціальних ситуацій.

Прояви психологічного захисту в процесі адаптації вивчали В. Аршавський, Ф. Березін, А. Налчаджян, В. Роттенберг та ін. А. Налчаджян розумів захисні механізми як схеми психічних процесів, які призводять до певної міри і форми адаптованості особистості тощо. Положення про те, що психологічний захист обмежує розвиток особистісного зростання, робить неспроможною особистість до розуміння відповідальності, аналізували Е. Киршбаум і А. Єремєєва. Психологічний захист трактувався ними як неусвідомлюване, що комплексно використовується та спрямовується на усунення психічного дискомфорту, а не на реальне вирішення ситуації. Кінцевий підсумок застосування захистів може бути виражений в уявному вирішенні проблеми, бути самообманом, дезінтеграцією поведінки.

Модель функціонування та генезису психологічного захисту розробляли Р. Плутчик, Г. Келлерман і Х. Конт. Ця модель базується на загальній психоеволюційній теорії емоцій, де механізми психологічного захисту розглядалися як прототипи восьми базисних емоцій. Дослідники вважали, що захисні механізми співвідносяться з афективним станом і особистісними особливостями. Було висунуто п'ять постулатів теоретичної моделі захисту:

- специфічний захист утворюється для того, щоб подолати специфічні емоції;
- існує вісім основних механізмів захисту, які розвиваються для подолання основних емоцій, до яких віднесено страх, гнів, радість, печаль, прийняття, відкидання, очікування, подив;
- основні захисні механізми — придушення, заміщення, реактивне утворення, компенсація, заперечення, проекція, інтелектуалізація, регрес — мають властивості як подібності, так і полярності;
- певні типи особистісних діагнозів мають у своїй основі характерні захисні стилі;
- індивід може використовувати будь-яку комбінацію механізмів захисту.

Теорія є однією з небагатьох спроб інтеграції знання про психологічний захист та його механізми в єдину систему. На сучасному етапі розвитку науки психологічний захист розуміється на основі традиційного психоаналітичного трактування, яке розглядає «внутрішньо-

особистісний» захист та психологічний захист від зовнішніх впливів як «соціально-психологічний» або «міжособистісний» захист. Використання психологічного захисту дозволяє зняти емоційну напругу, запобігти дезорганізації поведінки, адаптуватися у короткі терміни до нових соціально-психологічних умов. У деяких випадках механізми захисту можуть призвести до дезадаптації, до перманентного конфлікту, тому необхідно виділяти як деструктивні, так і конструктивні заходи захисту.

2.2. Психологія соціальної адаптації. Соціальна адаптація як механізм соціалізації особистості. Дезадаптація особистості

Під час вивчення адаптації одним з найбільш актуальних питань є питання про співвідношення адаптації та соціалізації. Процеси соціалізації та соціальної адаптації тісно взаємопов'язані, тому що відображають єдиний процес взаємодії особистості та суспільства. Часто соціалізація пов'язується лише з загальним розвитком, а адаптація — з пристосувальними процесами у нових умовах спілкування та діяльності.

Поняття соціалізації більшою мірою має відношення до соціального досвіду, розвитку та становлення особистості під впливом суспільства, інститутів, агентів соціалізації. У процесі соціалізації формуються психологічні механізми взаємодії особистості із середовищем, що здійснюються в процесі адаптації. В ході соціалізації людина виступає як об'єкт, що сприймає, приймає, засвоює традиції, норми, ролі, створені суспільством; соціалізація забезпечує нормальне функціонування індивіда у суспільстві. В ході соціалізації здійснюються розвиток, формування і становлення особистості, в той же час соціалізація особистості є необхідною умовою адаптації індивіда у суспільстві. Соціальна адаптація є одним з основних механізмів соціалізації, одним із шляхів більш повної соціалізації.

Соціальна адаптація також розглядається як постійний процес активного пристосування індивіда до умов нового соціального середовища як результат цього процесу. Соціально-психологічним змістом соціальної адаптації є зближення цілей та ціннісних орієнтацій індивідів групи, засвоєння ними норм, традицій, групової культури,

входження в рольову структуру групи. В процесі соціально-психологічної адаптації здійснюється не тільки пристосування індивіда до нових соціальних умов, а й реалізація його потреб, інтересів і прагнень; особистість входить в нове соціальне оточення, стає його повноправним членом, самостверджується та розвиває свою індивідуальність. В результаті соціально-психологічної адаптації формуються соціальні якості спілкування, поведінки і діяльності, які прийняті в суспільстві, завдяки яким особистість реалізує свої прагнення, потреби, інтереси та може самовизначитися.

Соціально-психологічним змістом дезадаптації вважають такі складові:

- неузгодженість цілей та ціннісних орієнтацій індивідів, які входять в дану групу;
- неможливість або небажання увійти в рольову структуру групи або суспільства;
- неприйняття індивідом норм, традицій, групової культури.

Інтереси особистості та соціального середовища розглядаються спочатку як протилежні. При цьому у індивіда можуть виникати різні патологічні явища: невротичні та психосоматичні розлади, алкоголізм, наркоманія та ін.

Соціальна дезадаптація може супроводжуватися *деперсоналізацією особистості*, яка проявляється у зміні самосвідомості, для якої характерним є відчуття втрати свого «Я» і болісне переживання відсутності емоційної залученості у відношення до близьких, колег по роботі, втрата можливості бути ідеально представленим в життєдіяльності інших людей, виявити здатність бути особистістю.

2.3. Соціальна адаптація в різних психологічних підходах

Психоаналітичне розуміння адаптації спирається на уявлення З. Фрейда, який заклав основи теорії адаптації, структури психічної сфери особистості, в якій виділяються три інстанції: інстинкти *Id*, система інтеріоризованої моралі *Суперего* і раціональні пізнавальні процеси *Его*. Зміст *Id* є майже цілком несвідомим; воно включає як психічні форми, які ніколи не були свідомими, так і матеріал, який виявився неприйнятним для свідомості. «Забутий» матеріал продов-

жає володіти силою дії, яка вийшла з-під свідомого контролю. Его знаходиться в контакт з зовнішньою реальністю і контролює та модулює імпульси Ід. Незалежно від мотивів Ід і незалежно від Его — Суперего оцінює, обмежує, забороняє та судить свідому діяльність. Соціальне середовище розглядається як спочатку вороже особистості та її прагненням, а соціальна адаптація трактується як процес встановлення гомеостатичної рівноваги між особистістю та вимогами зовнішнього оточення (середовища).

Процес адаптації в психоаналітичному трактуванні представляється у вигляді узагальненої *формули*: *конфлікт — тривога — захисні реакції*. Соціалізація особистості визначається витісненням потягів і перемиканням енергії на санкціоновані суспільством об'єкти, а також як результат прагнення особистості компенсувати та сверхкомпенсувати свою неповноцінність. Підхід Е. Еріксона відрізняється від основної психоаналітичної лінії і передбачає наявність також позитивного виходу із ситуації протиріччя та емоційної нестабільності в напрямку гармонійного рівноваги особистості і середовища: протиріччя — тривога — захисні реакції індивіда і середовища — гармонійна рівновага або конфлікт. Слідом за З. Фрейдом психоаналітичну концепцію адаптації розробляв німецький психоаналітик Г. Гартман. Він визнавав велике значення конфліктів для розвитку особистості, а також зазначав, що не будь-яка адаптація до середовища, не будь-який процес навчання і дозрівання є конфліктними. Адаптація може включати як процеси, пов'язані з конфліктними ситуаціями, так і процеси, що входять у вільну сферу «Я». Сучасні психоаналітики виділяють два різновиди адаптації:

- **аппластична** адаптація, яка відбувається в результаті змін у зовнішньому світі, що здійснює людина для приведення світу у відповідність зі своїми потребами;
- **аутопластична** адаптація, яка забезпечується змінами особистості (її структури, умінь, навичок тощо), які допомагають людині пристосовуватися до середовища.

Ці два, власне, психічні різновиди адаптації доповнюються ще **аутопластичним** пошуком індивідом сприятливого для нього середовища.

Гуманістичний напрямок досліджень соціальної адаптації критикує розуміння адаптації в межах гомеостатичної моделі, висуває положення про оптимальну взаємодію особистості та середовища. Основним критерієм адаптованості тут виступає ступінь інтеграції особистості та середовища. Метою адаптації є досягнення позитивного духовного здоров'я та відповідності цінностей особистості цінностям соціуму. При цьому процес адаптації не є процесом рівноваги організму та середовища.

Процес адаптації в цьому випадку можна описати формулою: *конфлікт — фрустрація — акт пристосування*. В основі концепцій цього напрямку лежить поняття здорової, самоактуалізуючої особистості, яка прагне до досягнення своїх життєвих цілей, розвиваючи і використовуючи свій творчий потенціал. Рівновага, вкоріненість у середовище зменшують або зовсім знищують прагнення до самоактуалізації, яка і робить людину особистістю. Тільки прагнення до розвитку, до особистісного зростання, до самоактуалізації утворює основу для розвитку і людини, і суспільства.

Виділяються конструктивні і неконструктивні поведінкові реакції. За А. Маслоу, критеріями конструктивних реакцій є детермінація їх вимогами соціального середовища, спрямованість на вирішення певних проблем, однозначна мотивація і чітка представленість мети, усвідомленість поведінки, наявність у прояві реакцій певних змін внутрішньоособистісного та міжособистісного характеру взаємодії. Неконструктивні реакції не усвідомлюються, тому що вони спрямовані лише на усунення неприємних переживань зі свідомості, але не на вирішення самих проблем. Таким чином, ці реакції є аналогом захисних реакцій (розглянутих у психоаналітичному напрямку). Ознаками неконструктивних реакцій є прояв агресії, регресії, фіксації тощо. Згідно К. Роджерсу, неконструктивні реакції являють собою прояв психопатологічних механізмів. За А. Маслоу, неконструктивні реакції в певних умовах, зокрема в умовах дефіциту часу та інформації, відіграють роль дієвого механізму самодопомоги та властиві взагалі всім здоровим людям. Виділяють два рівні адаптованості: адаптацію та дезадаптацію. Адаптація настає при досягненні оптимальної взаємодії між особистістю та середовищем за допомогою конструктивної

поведінки. У разі відсутності такої взаємодії між особистістю та середовищем, внаслідок домінування неконструктивних реакцій або неспроможності конструктивних підходів настає дезадаптація.

Процес адаптації в когнітивній та біхевіоральній психології можна представити формулою: *конфлікт — загроза — реакція — пристосування*. У процесі інформаційної взаємодії з середовищем особистість стикається з інформацією, що суперечить наявним у неї настановам (когнітивний дисонанс), при цьому переживається стан дискомфорту (загроза), яке стимулює особистість на пошук можливостей зняття або зменшення когнітивного дисонансу. Робляться певні спроби:

- спростувати інформацію, що надійшла;
- змінити власні настановки, змінити картину світу;
- пошук додаткової інформації з метою встановлення узгодженості між колишніми уявленнями та інформацією, яка суперечить їм.

У зарубіжній психології значне поширення набув **необіхевіористський** підхід щодо визначення адаптації, зокрема такий: *соціальна адаптація* являє собою:

- стан, при якому потреби індивіда, з одного боку, і вимоги середовища, з іншого, — повністю задоволені, тому є стан гармонії між індивідом та природою або соціальним середовищем;
- процес, за допомогою якого досягається гармонійний стан.

Таким чином, соціальну адаптацію розуміють як процес змін фізичних, соціально-економічних або організаційних у поведінці, соціальних відносинах або в культурі в цілому. Метою цих змін є покращення здатності виживання груп або індивідів. В даному визначенні акцентовано увагу переважно на адаптацію груп, а не індивіда, причому мова не йде про особистісні зміни в ході адаптації індивіда, але в цьому визначенні можна відзначити наступні позитивні моменти:

- визнання адаптивного характеру модифікації поведінки через **вчення**, механізми якого (научіння, навчання, заучування) є одними з найважливіших механізмів набуття особистістю адаптації;
- використання терміна «соціальна адаптація» для позначення процесу, за допомогою якого індивід або група досягають стану **соціального пристосування**.

Докази ефективності поведінкових і когнітивно-біхевіоральних процедур численні, і їх кількість зростає. До поведінкових відносять:

- проблеми дітей і підлітків, які проявляють погану поведінку вдома та в школі;
- проблеми відходу до сну;
- проблеми труднощів з туалетною поведінкою;
- проблеми фобій;
- проблеми куріння;
- проблеми зловживання алкоголем;
- проблеми небажаної вагітності;
- проблеми тривоги;
- сексуальні проблеми;
- проблеми сім'ї;
- проблеми боротьби зі старими поведінковими шаблонами та навчання необхідних нових навичок.

Когнітивно-біхевіоральний підхід виявився досить ефективним у напрямку роботи з депресією, у застосуванні цього підходу до вирішення проблем зловживання алкоголем, до проблем самоконтролю, сексуальних утисків, жорстокого поводження з дітьми, нездатності досягати успіху.

Тренінг соціальних навичок показав себе особливо перспективним у багатьох сферах докладання зусиль консультантів і соціальних працівників, хоча свідоцтв на користь його довготривалої ефективності поки не отримано. Як і будь-який інший підхід, заснований на психології, поведінковий підхід є обмеженим у вирішенні таких великих соціальних проблем, як:

- проблема безробіття;
- проблема бездомності або проблема бідності;
- проблеми при серйозних формах таких психічних розладів, як, наприклад, шизофренія, де істотну роль грає медичне втручання. Проте вважають, що навіть, в цих ситуаціях «поведінкове мислення» може допомогти прояснити проблеми і підказати варіанти вирішення, хоча б частково.

Самою загальною схемою когнітивно-біхевіоральної терапії та консультування є наступна:

- *затучення* — дослідження та обговорення очікування клієнта щодо можливостей отримання допомоги, заохочення різними прийомами (відкриті питання тощо); створення більш повного опису ситуації для клієнтів;
- *фокусування на проблемі* — виділення з багатьох проблем декількох, найбільш важливих з точки зору клієнта, та визначення їх пріоритетів;
- *робота з проблемою* — одна проблема виділяється та розглядається на прикладі конкретного випадку, з деталями; досліджуються можливі альтернативні шляхи поведінки в конкретній ситуації та бажання клієнта щодо інших способів поведінки; досліджується, які переконання, думки, очікування, антиципації супроводжували цей епізод; таким чином визначаються бажані цілі змін та внутрішні механізми реальної, небажаної поведінки;
- *навчання когнітивних принципів* — навчати клієнта навичок розглядати свої думки під певним кутом, заданим термінологічною рамкою даного конкретного когнітивно-біхевіорального методу; це може бути, наприклад, пошук помилкових висновків, «автоматичних думок», помилок ірраціонального мислення та ін.;
- *оскарження, «кидання виклику»* — пошук нових способів думати про ситуацію; нових думок, альтернативних виявленим помилковим, хибним, що фальсифікують реальність, засмучують думками і переконаннями;
- *навчання клієнта навичок самоаналізу*, заохочення до самостійної роботи з перевірки своїх думок і переконань;
- *вибір і організація домашнього завдання* є підтримкою процесу роботи поза зустрічами з консультантом з метою спостережень за процесом самоаналізу, за перешкодами в процесі змін тощо;
- *завершення* — навчання прийомів самотерапії або самопомоги з метою підтримки змін, тому що той самий метод може застосовуватися за допомогою різних прийомів, технік, терапевтичних «втручань».

Інтераакціоністська концепція адаптації дає визначення ефективної адаптації особистості як адаптації, при досягненні якої особистість задовольняє мінімальним вимогам і очікуванням суспільства.

З віком все більш складними стають ті очікування, які пред'являються до особистості, що соціалізується. Очікується, що особистість має перейти від стану повної залежності не тільки до незалежності, а й до прийняття відповідальності за добробут інших. В інтеракціоністському напрямку адаптованою вважається людина, яка не тільки засвоїла, прийняла та здійснює соціальні норми, а й бере на себе відповідальність, ставить і досягає цілей. Вважають, що адаптованість виражається двома типами відповідей на вплив середовища:

- прийняття та ефективна відповідь на соціальні очікування, з якими зустрічається кожна людина відповідно до свого віку і статі. Наприклад, навчальна діяльність, встановлення дружніх відносин, створення сім'ї тощо. Таку адаптованість вважають вираженням конформності до тих вимог (норм), які суспільство висуває до поведінки особистості;
- гнучкість і ефективність при зустрічі з новими та потенційно небезпечними умовами, а також здатність надавати подіям бажаного для себе напрямку. У цьому сенсі адаптація означає, що людина успішно користується реальними умовами для здійснення своїх цілей, цінностей.

Теми доповідей

1. Психологічне забезпечення соціальної роботи.
2. Предметно-професійна підготовка соціальних працівників: завдання, зміст, підготовка.
3. Професійна деформація фахівців соціальної роботи.
4. Тренінг соціальних навичок
5. Конформність і неконформність в поведінці.
6. Види адаптивної поведінки.
7. Соціальна адаптація в психоаналізі.
8. Соціальна адаптація в гуманістичній психології.

Контрольні питання

1. Що являє собою психологічний захист у різних підходах?
2. Які прояви у поведінці виступають симптомами вивченої безпорадності?
3. У чому полягає специфіка професійної стагнації?
4. Які уявлення про соціальну адаптацію виділяють в різних психологічних підходах?
5. Як проявляється професійний маргіналізм?
6. Як розуміється сутність та зміст соціальної адаптації?
7. Які симптоми характерні для професійної деформації?

ТЕМА 3. ПСИХОТЕХНОЛОГІЇ ДІАГНОСТИКИ. ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ

План

- 3.1. Поняття психотехнологій діагностики. Процесуальна діагностика в корекційно-реабілітаційній роботі.
- 3.2. Підходи до корекційно-реабілітаційної роботи.

Ключові терміни: опитувальники, ефективність тестування, соціальна недостатність, психокорекція в реабілітації



3.1. Поняття психотехнологій діагностики. Процесуальна діагностика в корекційно-реабілітаційній роботі

Психотехнології діагностики. Існує ряд відомих психодіагностичних опитувальників, які використовуються в практиці сучасної соціальної роботи. Опитувальники являють собою психодіагностичні методики у вигляді питань (або тверджень) для опитування клієнтів з метою отримання інформації про їх особистості в цілому або про ті чи інші її сторони (рис, властивості тощо). У зв'язку з цим опитувальники діляться на опитувальники: рис особистості, мотивів, інтересів, станів.

Серед особистісних опитувальників найважливіше значення мають опитувальники, розроблені на основі персонологічних кон-

пещий, в тому числі З. Фрейда, К. Юнга, І. Павлова, Б. Ганнушкіна, Г. Айзенка, Р. Кеттела, К. Леонгарда, Д. Роттера та ін.

Так, на основі типології К. Юнга розроблено індикатор типу — особистісний опитувальник І. Майерс-Брігс (1962). Він складається з 160 питань. Відповіді діагностованих поділяються на чотири шкали відповідно типології К. Юнга: екстраверт — інтроверт, сенсорний — інтуїтивний, розумовий — емоційний, раціональний — ірраціональний.

На основі підсумків опитування проводиться підрахунок балів за шкалами. Найбільша сума балів висловлює домінування відповідної риси або типу особистості.

Типологічні особистісні опитувальники Г. Айзенка розроблено на основі концепції особистості самого автора та спираються, в свою чергу, на персонологічні ідеї К. Юнга, І. Павлова, Е. Кречмера та ін. Ці опитувальники використовуються для діагностики нейротизму, екстраверсії — інтроверсії, психотизма особистості. Так, Моудслейський медичний опитувальник Айзенка (MMQ) (1947), призначений для діагностики нейротизму, включає 40 тверджень, на які респондент має дати позитивну або негативну відповідь. Пізніше Г. Айзенк розробив новий «Моудслейський особистісний опитувальник» (MPI), який містить 48 питань для визначення нейротизму і екстраверсії — інтроверсії (1956), «Особистісний опитувальник Айзенка» (EPI) з 48 питаннями (1963) та його новий варіант — (EPQ) з 90 питаннями для діагностики всіх трьох базисних вимірів особистості (1969).

Одним з поширених і визнаних у практиці соціально-психологічної роботи є опитувальник Р. Кеттела «16 особистісних факторів» (16PF), вперше запропонований автором в 1950 р. Опитувальник містить 187 питань і призначений для вимірювання 16 чинників (рис) особистості, які є конституціональними вихідними відповідно до його концепції особистості. Опитувальник заснований на великій емпіричній базі (при розробці автор використовував виділені Г. Олпортом і Х. Олдбергом 4,5 тис. слів, що виражають риси особистості, які визначилися на основі реєстрації реальної поведінки людей), що забезпечує його практичність та валідність. У цілому на основі опитування виявляються біполярні риси особистості (16 факторів), які позначаються буквами латинського алфавіту:

1. А: афектотімія (серцевий, добрий, відкритий, невимушений) — шизотімія (потайний, відокремлений, відчужений, замкнутий);
2. В: високий інтелект (кмітливий, розумний, може абстрактно мислити) — низький інтелект (дурний, незібраний, ригідність в мисленні);
3. С: сила *Его*, емоційна стабільність (витриманий, спокійний, працездатний, тверезомислячий) — слабкість *Его*, емоційна нестабільність (мінливий в настрої та в інтересах, неспокійний, характерні невротичні симптоми);
4. Е: домінування (наполегливий, самовпевнений, агресивний, незалежний) — комформність (м'який, слухняний, поступливий, пасивний);
5. F: сургенсія (імпульсивний, безтурботний, життєрадісний, балакучий, енергійний) — десургенсія (заклопотаний, мовчазний, стриманий, обережний);
6. G: сила *Суперего*, (совісний, сильний характер, відповідальний, сумлінний, врівноважений) — слабкість *Суперего*, (корисливий, непостійний, мінливий, безпринципний, безвідповідальний);
7. Н: сміливість (заповзятливий, імпульсивний, товариський) — боязкість (сором'язливий, боязкий, невпевнений, дратівливий);
8. І: сердечність (ніжний, метушливий, терпимий, неспокійний) — жорсткість (розумний, практичний, суворий, самовпевнений, черствий);
9. L: підозрілість (заздрісний, догматичний, ревнивий) — довірливість (терпимий, лагідний, доброзичливий, поступливий);
10. М: аутія, мрійливість (має багату уяву, схильний до ілюзій, примхливий, розсіяний) — практичність (приземленість прагнень, прозаїчний в поведінці і мисленні, твердий, слідує загальноприйнятим нормам);
11. N: проникливість (хитрий, розважливий, розумний, штучний, честолюбний, емоційно витриманий) — наївність (відвертий, природний, безпосередній, товариський);
12. Про: гіпотимія, тривожність (повний страхів, тривоги, передчуттів, невпевнений, депресивний, легко вразливий) — гіпертимія, спокій (безпечність, самовпевненість, життєрадісність, енергійний);

- 13.Q1: радикалізм, гнучкість (експериментатор, критичний, не довіряє авторитетам, має аналітичний склад розуму) — консерватизм, ригідність (підозрілий до всього нового, має сталий погляд);
- 14.Q2: самодостатність, самостійність (незалежність від групи, винахідливість) — соціабільність, залежність від групи (несамостійність, безініціативність, потребує підтримки групи);
- 15.Q3: високий самоконтроль, (самолюбство, вольовий, діє за планом, ефективний лідер) — низький самоконтроль (недисциплінований, слідує своїм спонуканням, неухважний);
- 16.Q4: фрустрованність, висока напруженість (зібраний, збуджений, активний) — нефрустрованність, низька напруженість (розслаблений, спокійний, млявий, апатичний).

На основі 16-факторного опитувальника Р. Кеттела психологами розроблено декілька особистісних опитувальників: зокрема, психологічний тест (ПДТ) В. Мельникова і Л. Ямпільської, комбінований особистісний опитувальник (КЛО) Г. Леевіка.

Ідеї Е. Кречмера, П. Ганнушкіна, К. Леонгарда та інших стали основою патохарактерологічного діагностичного опитувальника (ПДО), розробленого А. Личко (1970) та призначеного для визначення типів акцентуацій характеру і психопатій у молоді (14–18 років). Опитувальник включає 25 наборів фраз-тверджень, які виражають ставлення до різних життєвих проблем. На основі концепції К. Леонгарда також розроблений особистісний опитувальник Г. Шмішека (1970), що включає 88 питань для виявлення виділених К. Леонгардом зазначених вище 10 типів акцентуації особистості.

На базі теорії локусу контролю Д. Роттера Е. Бажинов із співавторами розробили опитувальник рівня суб'єктивного контролю (УСК) (1984), що містить 44 твердження. УСК спрямований на діагностику інтернальності — ектернальності, в тому числі в міжособистісних і сімейних відносинах. При виборі психодіагностичних тестів психосоціальний працівник повинен виходити з чітко усвідомлених і поставлених завдань з обстеження певного клієнта (клієнтів).

Особливості процесуальної діагностики в ході психокорекції мають правильно використовуватися, що є запорукою їх ефективності. Неправильне, некваліфіковане застосування та інтерпрета-

ція тестів приведуть до спотворених висновків про стан і особливості особистості клієнта, а також до подальшого неадекватного вибору методів і засобів для його корекції та реабілітації. Ефективність використання тестів визначається цілою низкою чинників:

- тест має спиратися на певну теоретичну концепцію;
- тест може застосовуватися тільки за його призначенням;
- тест повинен застосовуватися у відповідній йому сфері практики (виробництво, сімейне життя та ін.);
- використовуватися для вивчення певного контингенту респондентів, що розрізняються за статтю, віком, освітою, професією тощо;
- тест, нарешті, має бути перевірений на надійність і валідність.

В основі надійності тесту лежать уявлення про справжні показники та помилки вимірювання. Для визначення помилки на практиці використовують кореляційні методи, які дозволяють визначити надійність через стійкість і узгодженість результатів досліджень. Надійність тесту визначається на конкретних соціальних професійних і вікових групах і не може поширюватися на інші групи. Так, якщо тест призначений для відбору кандидатів на посаду, він не повинен перевірятися на вже працюючих на цій посаді. Валідність, тобто обґрунтованість тесту, відповідає на два питання:

- які висновки можна зробити про об'єкт тестування;
- які висновки можуть бути зроблені на основі тесту про реальну поведінку людини, яка відрізняється від спостережуваної при тестуванні, тобто в якій мірі можна на підставі результатів тестування передбачити поведінку людини.

3.2. Підходи до корекційно-реабілітаційної роботи

В наукових підходах реабілітація розглядається як напрям сучасної медицини, який своїми різноманітними методами спирається на особистість пацієнта, активно намагаючись відновити у нього порушені хворобою або травмою, або фізичними, хімічними чи соціальними чинниками функції, соціальні зв'язки, здоров'я, працездатність.

Термін «реабілітація» походить від латинського слова *habilis* — «здатність», *rehabilis* — «відновлення здатності». На думку ВООЗ, реабілітація є процесом, спрямованим на всебічну допомогу хворим

та інвалідам для досягнення ними максимально можливої при даному захворюванні фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності. Таким чином, реабілітацію слід розглядати як складну, соціально-медичну проблему.

Напрямки реабілітації: *медичний та фізичний* — як відновлення здоров'я хворого за допомогою комплексного використання різних засобів, спрямованих на максимальне відновлення порушених фізіологічних функцій організму, або розвиток компенсаторних і замісних функцій; *психологічний напрямок* — здійснення корекції психічного стану пацієнта, формування його ставлення до лікування, лікарських рекомендацій, виконання реабілітаційних заходів, створення умов для психологічної адаптації хворого до нової внаслідок хвороби життєвої ситуації та ін.

Три види реабілітації (медична, трудова і соціальна) відповідають трьом класам наслідків хвороб:

- *медико-біологічні* наслідки хвороб, які полягають у відхиленні від нормального морфофункціонального статусу;
- *зниження працездатності* або працездатності в широкому сенсі слова;
- *соціальна дезадаптація*, тобто порушення зв'язків із сім'єю та суспільством. Звідси випливає, що одужання хворого після перенесеного захворювання і його реабілітація — зовсім не одне і те саме, тому що крім відновлення здоров'я пацієнта необхідно відновити ще й його працездатність, соціальний статус, тобто повернути людину до повноцінного життя в сім'ї, суспільстві, колективі.

Особливістю сучасної патології є почастищення переходу гострих форм захворювань у рецидивні та хронічні, а також наростання першочергово хронічної патології внутрішніх органів. Ці захворювання є причинами зниження (обмеження) життєвих і соціальних функцій. У зв'язку з цим організація своєчасної діагностики та проведення відновлювальних заходів стає одним із першочергових завдань медицини.

Проблеми реабілітації хворих та інвалідів привертають все більшу увагу в усіх країнах світу. Для кращої координації роботи фахівців, які працюють в галузі реабілітації, ВООЗ запропонувала «Керівництво з класифікації наслідків хвороби та причин інвалідності»,

де розглядаються і класифікуються не хвороби як нозологічні форми, а наслідки перенесених захворювань і травм. «Міжнародна номенклатура порушень, обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності» пропонує єдину концепцію наслідків хвороби.

Основні етапи розвитку хвороби:

Порушення — виникнення змін в організмі, що є реакцією організму на різні причинні обставини — «етіологією». «Етіологія» дає початок змінам у структурі або функціях організму, тобто «патології». Прояви патологічних змін визначаються як «симптоми та ознаки». Людина починає розуміти, що в її організмі щось відбувається. Тобто патологічний стан проявляється конкретно, матеріалізується. У більшості випадків сама людина усвідомлює прояв хвороби, який можна визначити як «клінічний стан», який включає до себе і патологічні зміни, і прояви хвороби, і реакцію пацієнта на свій стан. Тривала хвороба віщує розвиток порушень, зміни зовнішнього вигляду, а також розлади функціонування органів та систем організму. Порушення призводить до розладу організму.

Обмеження життєдіяльності людини в результаті порушень. Виникає дефіцит фізичних та соціальних дій — обмеження життєдіяльності. З точки зору функціональної діяльності та активності індивіда зниження життєвих функцій є розлад на рівні людини (особистості);

Соціальна недостатність — зміни поведінки індивіда або обмеження його діяльності, що впливають з цього знання, можуть поставити конкретну людину в невідгідне становище по відношенню до оточуючих. Таким чином, хвороба набуває соціального характеру. Цей рівень розвитку хвороби відображає реакцію суспільства на стан індивіда та проявляється у взаєминах індивіда з суспільством. Такий прояв відображає соціальну недостатність (іншими словами — соціальну дезадаптацію). Явний зв'язок зі значенням, яке надає діяльності індивіда або його стану суспільство, робить соціальну недостатність найбільш проблематичним рівнем розвитку хвороби серед всіх її наслідків.

Ця послідовність в ряді випадків може бути неповною, або можливий її розрив на будь-якому етапі. Для організації допомоги пацієнту у відновленні здоров'я, необхідні:

- чітка діагностика порушень, що виникли, обмежень життєдіяльності, соціальної недостатності, аналіз ступеня вираженості функціональних здібностей;
- можливість здійснення втручань на різних рівнях.

Завдання медичної реабілітації. Головним завданням медичної реабілітації є повноцінне відновлення функціональних можливостей різних систем організму та опорно-рухового апарату (ОРА), а також розвиток компенсаторних пристосувань до умов повсякденного життя та праці.

До приватних завдань реабілітації належать:

- відновлення побутових можливостей хворого, тобто здатності до пересування, самообслуговування і виконання нескладної домашньої роботи;
- відновлення працездатності, тобто втрачених інвалідом професійних навичок шляхом використання та розвитку функціональних можливостей рухового апарату;
- попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, тобто здійснення заходів вторинної профілактики.

Метою реабілітації вважається найбільш повне відновлення втрачених можливостей організму, але якщо це недосяжно, ставиться завдання часткового відновлення або компенсації порушеної чи втраченої функції і в будь-якому випадку — уповільнення прогресування захворювання. Для їх досягнення використовується комплекс лікувально-відновлювальних засобів, серед яких завжди — педагогічний, освітній процес. Якість його залежить від того, наскільки методист опанував психологію, педагогічну майстерність і певні знання.

Психокорекція в реабілітаційній роботі являє собою:

- один з видів надання психологічної допомоги, яку здійснює психолог або психотерапевт, який має базову психологічну освіту;
- дослівно означає «виправлення», «внесення поправок» і стосується тих психологічних феноменів, які є нефункціональними або перешкоджають психологічному розвитку та функціонуванню;
- система дій, спрямованих на виправлення недоліків емоційного, інтелектуального та поведінкового аспектів особистості за допомогою спеціальних засобів психологічного впливу;

- психологічне заміщення усталених характеристик суб'єкта, стабілізованих у процесі життєдіяльності, має на меті актуалізацію внутрішнього потенціалу «Я» суб'єкта; шлях аналізу цілісних явищ психіки в єдності свідомого і несвідомого аспектів психіки суб'єкта.

Психокорекція сприяє розкриттю внутрішнього потенціалу суб'єкта, латентних можливостей та ресурсів його психіки, корекції інфантильності, яка позначається на затримці психічного розвитку та на рівні інтелектуального розвитку суб'єкта (відставання волі і почуттів від розуму). Межа між нормою і патологією є досить прозорою, непостійною. Психостенічні та невротичні розлади в тій чи іншій мірі можуть бути представлені у здорових людей (снівидіння, докори сумління, протиріччя і непослідовність в поведінці). Психокорекції підлягають явища, що володіють статичністю, незмінністю, фіксованістю. Але ці психологічні явища не повинні мати органічної основи (ураження головного мозку) і не мають сформуватися настільки рано, що в подальшому практично не змінюються (сила нервової системи, міра рухливості нервових процесів).

Особливості здійснення психокорекції:

- психокорекції підлягають тільки здорові люди, які мають певні психологічні труднощі, здатні до самоаналізу та прогресивних самозмін;
- психокорекція орієнтована на розвиток «здорової частини» особистості, її потенціалу;
- психокорекція частіше орієнтована на сьогодення та майбутнє;
- психокорекція орієнтована на середню тривалість зустрічей (довша за консультації, але коротша за сеанси психотерапії).

Психокорекція спрямована на подолання певних психічних розладів, які суттєво впливають на деформацію особистості, спотворення у сприйнятті об'єктивної реальності, а також сприйнятті себе та інших, що позначається на ступені психологічного неблагополуччя. Для відновлення повноцінного функціонування використовують довготривалі процедури (психотерапію). Психокорекція орієнтована на незначні зміни, на розвиток і формування відсутніх і недостатньо розвинених якостей особистості. Об'єктами психокорекції можуть бути особистість, сім'я, група.

Теми доповідей

1. Основні психологічні проблеми клієнтів.
2. Психологічне консультування та психотерапія — найважливіші методи роботи з клієнтами.
3. Основні підходи в корекційно-реабілітаційній роботі.
4. Поняття психотехнологій діагностики.
5. Психологічні опитувальники: загальна характеристика.
6. Основи психологічного консультування та психотерапії.
7. Основні підходи до корекційно-реабілітаційної роботи.
8. Особливості проведення психологічного обстеження з метою планування та визначення завдань корекції.
9. Методи психологічної корекції.
10. Принципи побудови психологічного спілкування з клієнтом.
11. Роль невербальних засобів спілкування в отриманні інформації, встановлення контакту та здійсненні впливу.
12. Психологічний простір. Робота з просторовим і фізичним контекстами.

Контрольні питання

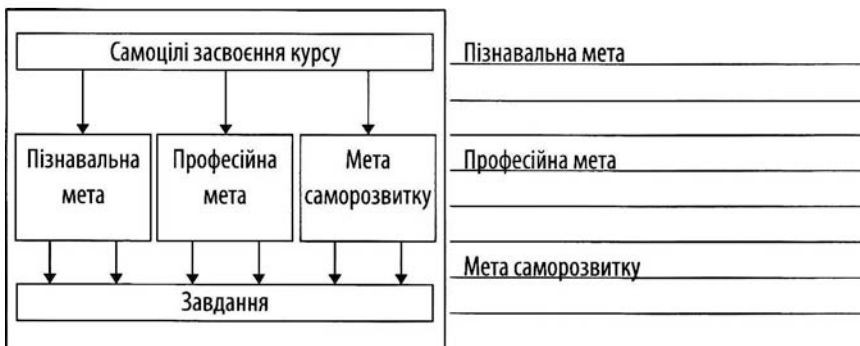
1. Що включає в себе поняття психотехнологій діагностики?
2. Розкрийте загальну характеристику психологічних опитувальників.
3. Які основні напрямки психологічного консультування та психотерапії?
4. Які основні підходи до корекційно-реабілітаційної та профілактичної роботи Ви знаєте?
5. Яка роль надається психокорекції в реабілітації?
6. Які особливості корекційно-реабілітаційної роботи?
7. Які виділяють приватні завдання реабілітації?

ТЕМА 4. ПСИХОКОРЕКЦІЙНИЙ НАПРЯМОК В ПРАКТИЦІ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

План

- 4.1. Біхевіорально-когнітивні методи у практиці соціальної роботи.
- 4.2. Біхевіорально-когнітивні тренінги.
- 4.3. Психокорекція в теоретичних підходах: теорія соціального навчання, раціонально-емотивна терапія А. Елліса, когнітивний підхід А. Бека.

Ключові терміни: теорія оперантного навчання, теорія соціального навчання, тренінг соціальних навичок, комунікативний тренінг, тренінг вирішення проблем, тренінг самоконтролю, емотивна терапія А. Елліса, когнітивний підхід А. Бека



4.1. Біхевіорально-когнітивні методи у практиці соціальної роботи

Прийняті у практиці соціальної роботи, біхевіорально-когнітивні методи базуються на трьох теоріях.

Теорія оперантного навчання будується на декількох методах.

Метод позитивних підкріплень, де «позитивне» підкріплення означає створення системи позитивних підкріплень, які повинні якомога швидше слідувати за дією. Саме перевірка того, що певні події або речі дійсно підсилюють підкріплення поведінки, дозволяє припускати, що вони є для індивіда позитивним підкріплювальним стимулом. Спочатку позитивне підкріплення має слідувати кожен раз після появи бажаної поведінки, потім його частота повинна зни-

жуватися таким чином, щоб поведінка підкріплювалася все рідше і рідше. Це кращий спосіб переконатися в тому, що нова вивчена поведінка стійка до згасання. Там, де необхідно, використовувати конкретні підкріплювальні стимули, такі як ласощі, їх необхідно поєднувати з соціальними підкріплювальними стимулами, наприклад похвалою, причому конкретні підкріплювальні стимули повинні поступово пред'являтися все рідше.

Метод прив'язування має на увазі навчання індивіда спочатку одному елементу ланцюга дій, потім іншому, і так далі, поки він не вивчить всю послідовність. Цей метод особливо корисний для навчання нових навичок, які спочатку розкладаються на перелік окремих дій, що йдуть в певному порядку. Прив'язка є дуже загальним компонентом роботи з людьми, які відчувають труднощі з навчанням і яким треба прищепити такі прості навички повсякденного життя, як, наприклад, одягання, використання ложки під час їди, користування громадським транспортом.

Метод формування (або **метод послідовного наближення**) означає підкріплення поведінки, трохи схожої з бажаною, з подальшим посиленням критеріїв для підкріплення — крок за кроком, поки індивід не опанує дію повністю. Це ще один спосіб навчання соціальних навичок. Наприклад, у тренінгу «активного слухання» для студентів, що набувають спеціальність «соціальна робота», психолог-тренер може почати з підкріплення простого погляду на мовця, а потім вимагати інших невербальних сигналів уваги та інтересу, а з часом, можливо, — і деякої вербальної підтримки мовця.

Метод покарання не рекомендується з кількох причин:

- може мати такі серйозні побічні ефекти, як страх, депресія, агресія;
- наслідування поведінки при застосуванні покарання призводить до уникнення;
- покарання не допомагає навчитися нових корисних дій замість небажаних;
- вважають, що люди звикають до покарання, і тому — для збереження ефективності покарання — з плином часу необхідно збільшувати його інтенсивність.

Однак бувають випадки, коли можна побачити необхідність покарання: наприклад, коли треба швидко зупинити небажану поведінку, тому що це небезпечною, або коли інші прийоми (такі, як заміщення небажаної дії альтернативною позитивною дією) зайняли б занадто багато часу. Одним з видів покарання, яке, можливо, не дає шкідливих побічних ефектів, є негативне підкріплення — таке, як штраф або втрата зароблених «знаків», при використанні в програмі головним чином позитивних підкріплювальних стимулів.

Метод оперантного згасання проявляється, якщо соціальний працівник здатний визначити, що саме в цей час підкріплює певна проблемна поведінка, і може негайно і повністю перервати це підкріплення, то після цього небажана поведінка буде послаблюватися, і з часом — при збереженні цих нових для клієнта умов — припиниться остаточно.

Метод тайм-аут — варіант згасання, яке особливо ефективно у випадках проблемної поведінки дітей (у поєднанні з позитивним підкріпленням бажаної поведінки). Тайм-аут включає віддалення дитини від джерел позитивного підкріплення. Спочатку дитину попереджають, а якщо це не допомогло, переміщують в «нудне» місце і залишають там стояти або сидіти спокійно протягом короткого періоду часу.

Теорія обумовлення відповіді.

Метод десенсибілізації, коли індивід навчається асоціювати нову, бажану відповідь зі стимулом, який раніше викликав тривогу або гнів. Це досягається пред'явленням послідовних частин стимулу в той час, коли людина розслабляється або охоплена якимось іншим, несумісним з колишньою негативною поведінковою реакцією, наприклад, як веселощі.

Метод затоплення означає застосування методу, при якому негативний стимул і несумісна поведінка проявляються одночасно. Між цими полярними методами (десенсибілізація і затоплення) існують різні форми дозованого пред'явлення: людині дають стимули, які засмучують її, починаючи з такої дози, яку вона здатна винести. У затопленні і дозованому пред'явленні потрібно, щоб людина перебувала в ситуації, яка її засмучує, стільки часу, скільки необхідно для зникнення небажаної відповіді.

Теорія соціального навчання.

Метод моделювання означає показ того, як щось треба робити. Моделювання — ключова модель і основний принцип тренінгу соціальних навичок. Наприклад, член групи, який вміє впевнено використовувати телефон для пошуку роботи, демонструє свої навички іншим членам групи в процесі рольової гри. Після показу в процесі групового обговорення ідентифікуються характерні особливості цієї навички, які потім учасники групи, які мають труднощі з цим, в свою чергу, практикують цю навичку у рольовій грі. Вони отримують зворотний зв'язок, підкріплення і моделюють практику до тих пір, поки не опанують навичку. Моделювання дуже цінне майже в будь-якій програмі. Наприклад, при навчанні матері того, як давати вказівки своїй дитині, як грати з нею або, навіть, як ігнорувати її небажану поведінку.

4.2. Біхевіорально-когнітивні тренінги

Тренінг соціальних навичок. Головними елементами тренінгу соціальних навичок є моделювання та формування. Людині дають пояснення й демонструють відповідну поведінку, потім вона пробує та отримує зворотний зв'язок і підкріплення, а потім продовжує практикувати цей новий, бажаний спосіб поведінки. У процесі формування навичок можна також приділяти увагу когнітивним елементам — наuczінню соціальних правил перевірки і зміни неконструктивного внутрішнього діалогу тощо.

Комунікативний тренінг є варіантом тренінгу соціальних навичок, який спрямований на роботу з проблемами спілкування (наприклад, комунікації у сім'ї). Деякі програми працюють з певними видами проблем з великого набору таких потенційних помилок спілкування, як: перебивання співрозмовника, недолік визнання почуттів інших людей, балаканина; інші вивчають більш широкі галузі — такі, як: вираження позитивних і негативних почуттів або вимог.

Тренінг вирішення проблем пропонує серії кроків у напрямку до вирішення проблеми або прийняття рішення, яке є корисним для багатьох клієнтів і часто є основним у сімейній роботі. Він включає моделювання та практикування зі специфічним зворотнім зв'язком, підкріпленням і варіантом формування: клієнти навчаються викону-

вати кожен етап процесу окремо, а потім з'єднують їх в одну стійку послідовність (наприклад, згода працювати над певною проблемою, складання списку можливих рішень, відсів явно непридатних варіантів, вибір остаточного варіанта, узгодження деталей виконання).

Тренінг самоконтролю включає широкий набір компонентів. Наприклад, при контролі гніву людина навчається аналізувати проблемну ситуацію по окремих етапах, переривати послідовність подій, що ведуть до спалаху гніву, розвивати альтернативні відповіді, звертаючи особливу увагу на психологічні аспекти пробудження та розвитку гніву і супроводжуючого цей процес невідомого самому клієнту його внутрішнього діалогу, який забезпечує зростання збудження до спалаху гніву.

Тренінг самоконтролю може бути також головним елементом у роботі зі страхом і деякими компульсивними або імпульсивними діями — такими, як сексуальна залежність або домагання, пияцтво, куріння, насильство. Ці процедури використовуються в роботі з людьми, які мають відповідні проблеми, а також в превентивній роботі.

4.3. Психокорекція в теоретичних підходах: теорія соціального навчання, раціонально-емотивна терапія А. Елліса, когнітивний підхід А. Бека

Особливістю психокорекції відповідно до теорії соціального навчання є встановлення зв'язку між більш «старими» теоріями навчання та когнітивними теоріями. Важливо пам'ятати, що дуже рідко використовується лише одна процедура: іноді соціальним працівникам доводиться розробляти цілий набір методів і ретельно його перевіряти — можливо, додаючи або видаляючи конкретні процедури для того, щоб отримати дані про ефективність цієї процедури або іншу нову інформацію.

Наприклад, у певного подружжя були часті сварки: їхня дочка-підліток постійно вимагала грошей. Вона пізно приходила додому і образливо поводитися; батько дівчинки втрачав самовладання як через дружину, так і через дочку та іноді бив дочку. Цей випадок включає в себе цілу серію втручань, починаючи з пари важких сімейних інтерв'ю, в яких соціальний працівник марно намагався прояснити та сформулювати проблеми дочки з батьками і бажання кожного учас-

ника конфлікту. Ці спроби засмучувалися серйозними комунікативними проблемами і втратою витримки батьком. Тому соціальний працівник відійшов на кілька кроків назад, залишивши спроби спільно сформулювати проблему і бажані результати, та провів такі заходи:

- організація індивідуальних зустрічей з батьком, щоб допомогти йому з контролем гніву;
- розробка сімейного комунікативного тренінгу, в якому використовувалися моделювання та практикування для того, щоб навчити членів сім'ї емпатичного слухання один одного, не перериваючи, та висловлювати свої інтереси ясно і спокійно;
- проведення тренінгу вирішення проблем для того, щоб сім'я змогла навчитися досягати рішень на основі консенсусу або компромісу щодо спочатку простих, порівняно безперечних питань (наприклад, цуценя якої породи купити), а пізніше таких питань, як кількість кишенькових грошей і правила щодо пізнього приходу додому. Тільки після цього виявилось можливим виробити сімейний контракт і пустити його в дію.

Все ж проблема сварок між подружжям була пізніше розглянута знову в плані можливості терапевтичного втручання. Було вирішено, що частота цих сварок настільки мала, що у втручанні немає необхідності. В даному випадку було використано чотири види процедур: контроль гніву, дозвіл проблем шляхом переговорів, комунікативний тренінг, сімейний контракт. У всіх цих процедурах соціальний працівник постійно моделював, пропонував конкретне підкріплення за певну поведінку, шукав джерело підкріплення небажаної поведінки, щоб усунути його, а також пояснював, що відбувається у сім'ї.

Так, А. Бек методами корекції помилкових переконань вважав такі три процедури, на використання яких можна спонукати клієнта:

- інтелектуальна (тестування сумнівних або помилкових концепцій та заміна їх більш валідними);
- експериментальна (проживання певного досвіду з метою перевірки помилкових припущень, які приймаються за реальні переконання);
- поведінкова (розвиток нових стратегій подолання, наприклад, навчання певного методу релаксації, навичок поведінки в конфлікті тощо).

Помилковими або негативними він вважав такі способи мислення:

- «все або нічого» — мислення (бачення ситуації або в білих, або в чорних тонах);
- загальне узагальнення (одиничний негативний приклад не повинен означати постійну невдачу);
- «ментальний фільтр» (відфільтровування інформації: наприклад, накопичення негативної та ігнорування або виключення позитивної);
- автоматичне знецінення (недовіра та знецінення позитивної інформації, наприклад нездатність приймати похвалу);
- стрибок до висновку («вона розсердилася, значить... я поганий..., вона мене ненавидить ... вона погана ...» тощо);
- максималізм або мінімізація (бачення речей непропорційними: перебільшення, «роздування» чого-небудь або применшення);
- емоційне резонерство (пошук логічного висновку з факту, наприклад, поганого настрою);
- повинність, почуття обов'язку (наявність в мисленні, мові або переконаннях імперативу «повинен», зверненого до себе, до інших, до світу, — воно, як виявлено у практиці консультування, частіше викликає гнів або почуття провини, ніж сприяє мотивації);
- наклеювання і зривання ярликів («ці люди такі-то ...» замість: «ці люди зробили те-то і те-то ...»);
- персоналізація (наприклад, переконання типу «що б не трапилося, це ваша особиста помилка»).

Надзвичайно близькою до моделі А.Бека є запропонована А.Еллісом модель ірраціонального мислення. Тобто модель мислення, що виражається у переконаннях, які, на відміну від раціональних переконань, характеризуються такими особливостями ірраціонального переконання:

- за своєю природою переконання є абсолютними або догматичними і передаються у формі «повинен», «слід», «зобов'язаний»;
- переконання, які призводять до негативних емоцій та в основному перешкоджають постановці мети та її досягненню (таким, як депресія, тривожність, вина, гнів);
- переконання, що призводять до непродуктивних форм поведінки — таких, як догляд, відкладання, алкоголізм, зловживання ліками та ін.

Наслідками, або похідними ірраціонального мислення, можуть бути такі особливості ставлення до себе і світу:

- *драматизування, «катастрофізація»* (awfulizing); наприклад, «не повинно бути так погано, як зараз»;
- *непереносимість фрустрації*, внаслідок чого людина постійно відчуває себе нещасною; наприклад, «я не можу більше цього виносити»;
- *засудження себе або інших* за те, що вони не роблять того, що повинні робити, або засудження життя — за те, що не дає людині того, що вона хоче;
- *підвищена генералізація, загальне узагальнення*, тобто поширення окремих явищ на більш загальні процеси, змішання приватного і загального; наприклад, «всі жінки ...» або «всі сім'ї завжди...».

Внаслідок переживання повинності у мисленні людини розвиваються такі типи, на думку А. Елліса, спотворення:

- *все або нічого*: «Якщо я зазнав невдачі у вирішенні якої-небудь важливої задачі, а цього не повинно було статися, то я повний невдаха і зовсім не гідний любові»;
- *стрибок до висновків і негативна непослідовність*: «Оскільки я не повинен був робити цього, але зробив, то тепер мене будуть вважати похмурих невдахою або будуть дивитися на мене як на некомпетентну людину»;
- *здогадки*: «Оскільки вони сміються з мене через невдачі, то, напевно, думають, що я повинен завжди досягати успіху, і будуть надальні зневажати мене, якщо цього не буде відбуватися»; концентрація на негативних почуттях: «Оскільки я не можу терпіти, коли щось не виходить, то я не можу бачити нічого хорошого у своєму житті»;
- *виняток позитивних почуттів*: «Коли інші хвалять мене, то вони тільки надають мені люб'язність, вдаючи, що забули все те погане, чого я не повинен був робити, але робив»;
- *завжди і ніколи*: «Незважаючи на те, що умови життя мають змінитися на краще, в дійсності зараз вони настільки погані і нестійкі, що назавжди залишаться такими, а я ніколи не буду щасливим»;
- *приниження*: «Моя успішна спроба в цій грі була удачею, але це не має значення, а от моя невдача, яку я ніколи не мав допустити,

була настільки серйозною, наскільки це взагалі можливо, і це можна пробачити»;

- *емоційне пояснення*: «Оскільки я показав себе не в кращому світлі, чого я не повинен був робити, то я відчуваю себе як простак, і мої сильні почуття доводять, що я заслужив осуду»;
- *наклеювання ярликів і надмірне узагальнення*: «Оскільки я не повинен зазнавати поразки в важливих справах, але це сталося, то я нікудишній гравець і невдаха»;
- *персоналізація*: «Оскільки я дію набагато гірше, ніж маю діяти, то я впевнений, що сміються тільки з мене, і це жакливо!»;
- *очікування покарання*: «Коли я не роблю щось так, як мені слід це робити, а мене, як і раніше, заохочують і приймають, то я справжній обманщик, тому скоро сам перестану себе поважати, а вони побачать, наскільки я мерзенний тип»;
- *бездоганність*: «Я розумію, що зробив щось досить добре, але я повинен вирішувати завдання, подібні до цього, абсолютно бездоганно, і тому насправді я некомпетентний».

Рациональною альтернативою драматизуванню, «катастрофізації», на думку А. Елліса, є оцінювання міри негативності події, а стійкість є рациональною альтернативою ірраціонального переконання «я не можу терпіти це», а прийняття є рациональною альтернативою осуду.

Теми доповідей

1. Основні психологічні проблеми сучасних клієнтів соціальних працівників.
2. Застосування індивідуального підходу А. Адлера в практиці соціальної роботи.
3. Аналітичний підхід К. Юнга в корекційно-реабілітаційній роботі.
4. Використання логотерапії В. Франкла в реабілітаційній роботі.
5. Реалістична терапія В. Глассера.
6. Екзистенціальний напрямок в реабілітації: теорія і практика.
7. Клієнт-центрирований підхід К. Роджерса в корекційно-реабілітаційній роботі.
8. Особливості гештальт-терапії Ф. Перлза.

Контрольні питання

1. Як використовується класичний психоаналітичний підхід З. Фрейда в практиці соціальної роботи?
2. Для вирішення яких проблем клієнтів використовується логотерапія В. Франкла?
3. Які особливості аналітичного підходу К. Юнга використовуються в корекційно-реабілітаційній роботі?
4. Для вирішення яких проблем клієнтів використовується клієнт-центрований підхід К. Роджерса?
5. Чому виник екзистенційний напрям в корекційно-реабілітаційній роботі?
6. Які основні положення реалістичної терапії В. Глассера?
7. Які основні підходи до корекційно-реабілітаційної роботи використовуються в практиці соціального працівника?

ТЕМА 5. ФОРМИ ТА МЕТОДИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ В ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ. ТРЕНІНГОВІ ГРУПИ

План

- 5.1. Форми психокорекційної роботи в реабілітації. Етапи роботи психокорекційної групи.
- 5.2. Тренінгові групи. Соціально-психологічний тренінг.
- 5.3. Теоретичні підходи щодо розвитку групового психологічного тренінгу.

Ключові терміни: форми психокорекції, індивідуальна форма психокорекційної роботи, групова форма психокорекційної роботи, тренінг, психологічний тренінг, тренінгові групи, групи розвитку сенситивності, групи зустрічей, стан «дорослий», стан «батько», стан «дитина»



5.1. Форми психокорекційної роботи в реабілітації. Етапи роботи психокорекційної групи

Залежно від специфіки конкретної ситуації психологічної допомоги в реабілітації можуть застосовуватися дві основні форми психокорекційної роботи: індивідуальна та групова.

У разі індивідуальної психокорекції психолог працює з клієнтом один на один, без присутності сторонніх осіб. В іншому випадку він працює з групою клієнтів, які взаємодіють не тільки з психологом, але й один з одним.

Індивідуальна форма психокорекційної роботи застосовується в тих випадках, коли через особисті або соціальні причини (горе, інтимні проблеми, статус клієнта) використання групової форми психологічної допомоги неможливе. Її застосовують також, коли у клієнта є сильна тривожність, сором'язливість, невпевненість в собі, страхи, втрата сенсу життя, проблема недостатнього усвідомлення себе, виражена ригідність мислення, загальмованість реакцій, а також коли участь в груповій роботі є небажаною (виражена збудливість, емоційна нестабільність, недостатній рівень морального розвитку).

Перевага індивідуальної психокорекції — в тому, що вона забезпечує конфіденційність та за своїми результатами буває глибше, допомагає зняти комунікативні бар'єри. Крім того, у ній краще розкриваються індивідуальні особливості клієнта.

Групова форма психокорекційної роботи доцільна при вирішенні проблем міжособистісного характеру, коли зміст роботи вимагає здійснення навчальної діяльності, соціальної підтримки.

Перевага групової форми психокорекції — в тому, що зворотний зв'язок може бути груповим, відбувається апробація набутих навичок спілкування, відпрацьовуються альтернативні форми поведінки та соціальна взаємодія. Групова психокорекція може бути комбінованою, поетапною, послідовною.

Основні етапи роботи психокорекційної групи.

I етап — «Орієнтація і залежність».

Для першого етапу роботи психокорекційної групи здебільшого характерним є високий рівень напруги, що виникає в результаті неспівпадання очікувань, стосунків та настанов клієнтів з реальною груповою ситуацією. Виникає псевдозгуртованість. На першому етапі група — стривожена, невпевнена і залежна. Члени групи звертаються до психолога за інструкціями, залежні від нього.

II етап — «Конфлікт і протест».

Психолог провокує групу на відкриту конфронтацію шляхом розколювання єдності, згуртованості групи. Психолога починають звинувачувати у всіх проблемах. Виникають конфлікти між учасниками, учасниками та керівником групи. Виявляється боротьба за владу, відбувається кристалізація ролей на активні і пасивні. Якщо

психолог починає відігравати активнішу роль, на нього спрямовується агресія через спроби домінування.

III етап — «Розвиток зв'язків і співробітництво».

Група структурується, розвивається її культура, виробляються норми і цінності, формується справжня згуртованість, взаємопідтримка. Група вже не залежить від психолога і може працювати самостійно. Знижується напруга, кількість конфліктів. З'являється відчуття «ми». Головним інтересом стає взаємоузгодження і гармонія, що сприяє прояву активності психокорекційної групи.

IV етап — «Цілеспрямована діяльність».

Даний етап представляє робочу фазу активної групи. Прояв згуртованості, щирості, спонтанності, зацікавленості, почуття безпеки створюють необхідні умови для власне психокорекційного процесу в групі. Група вже не пригнічує негативні почуття, а допускає їх, конструктивно перетворюється.

V етап — «Зворотний зв'язок (конфронтація)».

Відбувається процес надання зворотного зв'язку в процесі роботи психокорекційної групи. Головний механізм групової психокорекції представляє зіткнення клієнта з самим собою, зі своїми проблемами, конфліктами, настановками, відносинами, емоційними та поведінковими стереотипами і здійснюється за допомогою зворотного зв'язку між членами групи. Тому члени колективу знають, як вони сприймаються оточуючими, коли бувають неадекватними, наскільки їхня поведінка відповідає досягненню цілей. Завдяки цьому кожен клієнт може оцінити власну роль в типових для нього міжособистісних конфліктах і усвідомити власні проблеми. Клієнт бачить себе як би в різних дзеркалах. Ця інформація часто суперечить тому, як він сприймає свій «Образ Я», що сприяє розвитку усвідомлення і є результатом психокорекційної групової роботи. Дитячі групи в процесі групової форми психокорекційної роботи проходять такі етапи: орієнтація групи, диференціація групи, інтеграція групи.

5.2. Тренінгові групи. Соціально-психологічний тренінг.

Термін «тренінг» (англ. train, training) має кілька значень: виховання, навчання, підготовка, тренування. Психологічний тренінг вихо-

дять за ці межі і використовується в найширшому сенсі для розвитку, психокорекції, навчання і діагностики. На даний час визначень групового психологічного тренінгу існує, напевно, стільки ж, скільки і авторів, які їх описують.

Вважаємо, що *психологічний тренінг* може розглядатися як багатofункціональний метод навмисних змін психологічних феноменів людини, групи і організації з метою гармонізації професійного та особистісного буття людини. Також психологічний тренінг розглядається як один з активних методів навчання. Деякі автори відносять груповий психологічний тренінг до психологічних методів впливу. Однак термін «вплив» відображає, швидше, процесуальні характеристики тренінгу як методу і не розкриває його повної суті. На сьогодні теорія психологічного тренінгу збагачується введенням С. Макшановим терміна «навмисна зміна». Дане поняття адекватно відображає мету, процес і результат змін, які відбуваються під час проведення психологічних тренінгів, підкреслює їх усвідомлений характер.

Під тренінговими групами зазвичай розуміються всі спеціально створені малі групи, учасники яких за сприяння провідного психолога підключаються до своєрідного досвіду інтенсивного спілкування і взаємодії, що орієнтоване на рішення різноманітних психологічних проблем учасників, їх самовдосконалення, а також на розвиток групи і рішення загальногрупових проблем.

Тренінгова група розуміється як місце, де учасники не тільки обмінюються проблемами, але й кожен з них може краще зрозуміти і прийняти себе. Психологічний тренінг відкриває учасникам широкі поле для того, щоб вступити в спілкування з самим собою, з тією вирішальною частиною себе, яка в повсякденному житті частіше не помічається або відверто ігнорується, з тією частиною себе, яка захована за зовнішніми масками і ролями. Маски в вигляді зовнішніх «Я» створюються для збереження та звільнення внутрішнього реального «Я» від руйнівного впливу зовнішньої реальності. Але нерідко джерело проблем людини полягає в тому, що вона все рідше дозволяє собі бути собою, втрачається за зовнішніми масками і остаточно забуває дорогу до себе. Постійна підтримка зовнішніх «Я» вимагає великих енергетичних витрат, вимотує та розоряє особистість.

Психологічний тренінг активізує прагнення учасників до пізнання себе і самовдосконалення, дозволяє кожному з них прийняти особисту відповідальність за те, хто він є, і дає йому можливість стати «скульптором» власної особистості. Також психологічний тренінг дозволяє працювати з особистістю, зачіпаючи глибинні внутрішні структури, що важко піддаються корекції іншими методами. При цьому хороша робота досвідченого ведучого в особистісно орієнтованому психологічному тренінгу полягає не стільки в розвитку особистості, скільки в її «пробудженні» та активізації.

Не можна змінити людину. Людина змінює себе сама, так чи інакше реагуючи на ситуації і відчуття власної успішності чи неуспішності в них. Можна в цей момент бути поруч з нею, створювати відповідні умови та допомагати їй. Психологічний тренінг не просто дозволяє виробити і проаналізувати новий досвід, він орієнтує людину на «відчуття себе, свого «Я», дає можливість «доторкнутися» і частково усвідомити в собі те, що зазвичай заховане і нишком нав'язує свої рішення. Ми дуже мало знаємо про відчуття себе, найчастіше нас вчать ігнорувати або знецінювати його, хоча це відчуття є цінним. І неважливо, як людина називає для себе це відчуття: інтуїцією, підсвідомістю або досвідом, тим більше що все це лежить «в одній коробці».

Виникнення групових форм тренінгу відносять до 1945 р. і пов'язують з іменами К. Левіна, К. Роджерса, Л. Бадфорта та інших. У цей період в США створюється Центр з вивчення групової динаміки. В результаті досліджень в майстерні міжгрупових відносин К. Левін прийшов до твердого переконання, що більшість ефективних змін у настановах особистості відбувається в груповому, а не в індивідуальному контексті. Він стверджував, що для того, щоб виявити і змінити свої неадаптивні настанови та виробити нові форми поведінки, людям необхідно бачити себе такими, якими їх бачить оточення. Розроблені К. Левіним і К. Роджерсом теорія групової динаміки та теорія центрованої на клієнті терапії з'явилися безпосередніми джерелами практики для групового тренінгу. В результаті успішної роботи майстерень міжгрупових відносин в 1947 р. в США створюється Національна лабораторія тренінгу. В той же час з'являються Т-групи (тренінгові групи), які стають попередниками сучасних

видів психологічної роботи з групами, більшість з яких об'єднуються у нас поняттям «соціально-психологічний тренінг».

Подальший розвиток Т-груп призвів до появи безлічі їх різновидів, які з часом зникаються з іншими напрямками тренінгу, але загалом їх можна розділити на три напрями:

- загальний розвиток індивідуума;
- формування та дослідження міжособистісних відносин;
- поліпшення діяльності організацій і колективів шляхом оптимізації трудових відносин.

У 1970-і роки під керівництвом М. Форверга розроблено і науково обґрунтовано соціально-психологічний тренінг. Його практичною спрямованістю була соціально-психологічна підготовка керівників промислового виробництва. Основними засобами тренінгу стали рольові ігри з елементами драматизації, що створюють умови для формування навичок ефективної комунікації. Значний досвід соціально-психологічного тренінгу, накопичений М. Форвергом та його учнями, представлений у п'яти основних типах тренінгу, до яких належали:

- групи, націлені на засвоєння необхідних для конкретної професії моделей соціальної поведінки; основою змін виступала корекція когнітивних структур, відповідальних за регуляцію поведінки; цей тип тренінгу не орієнтований на опрацювання особистих проблем учасників, за винятком тих, які можуть бути пов'язані з безпосередніми професійними утрудненнями;
- групи, орієнтовані на підготовку до управлінської діяльності та спрямовані на розвиток окремих психологічних якостей особистості, рішення приватних психопрофілактичних завдань засобами аутогенного тренування; у даному типі тренінгу застосовується спрямоване стимулювання групової динаміки з метою розкриття її закономірностей та розвитку навичок її управління;
- групи психогігієни та психопрофілактики, які орієнтовані на роботу з керівниками з підвищеним ризиком по відношенню до психогенних і психічних захворювань; ці групи формувалися виключно добровільно та проводилися спеціалістами з психотерапії і клінічної психології;

- групи розвитку з особистісного росту і компетентності в спілкуванні; професійні проблеми в цьому тренінгу порушувалися тільки в разі їх тісного зв'язку з особистісними особливостями учасників тренінгу; компетентності являють своєрідний комплекс знань, умінь та відносин, які набуваються в навчанні і дозволяють людині розуміти — індефікувати і оцінювати в різних контекстах проблеми, що характерні для різних сфер діяльності; такий підхід дозволяє цілісно, інтегровано підійти до сучасної вищої професійної освіти на впровадження компетентнісного підходу до змісту професійної підготовки, сприяє набуттю клієнтами професійно і особистісно важливих (ключових) компетенцій; ключові компетентності змінні, мають рухливу та змінну структуру, залежать від пріоритетів суспільства, цілей освіти, особливостей і можливостей самовизначення особистості в соціумі; за документами Ради Європи, до ключових компетентностей відносять: мультикультурність, інформаційність, соціальність, політичність, комунікативність, пізнавально-інтелектуальну компетентність, трудову та підприємницьку компетентність, побутову компетентність;
- метою тренінгу п'ятого типу стає розвиток соціальної компетентності для роботи в особливо складних ситуаціях міжособистісного спілкування і часткове формування нових цілей життя.

5.3. Теоретичні підходи щодо розвитку групового психологічного тренінгу

В даний час — як основні — виділяють такі підходи розвитку групового психологічного тренінгу: гуманістичний, психодраматичний та трансактну модель.

Гуманістичний підхід. Головним предметом його є особистість та її унікальність, переживання людиною світу і усвідомлення свого місця в ньому. Характерна особливість даного підходу — максимально недирективний стиль управління групою, що спонукає учасників проявляти активність і приймати на себе відповідальність за те, що відбувається. Часто подібний стиль призводить до виникнення в групі на початкових етапах роботи ситуації фрустрації та прояву негативних емоцій. Це дозволяє розкрити багато

проблем в учасників, які в подальшому конструктивно переробляються групою. Даний підхід сприяє формуванню в групі атмосфери взаємної довіри, безпеки та відкритості, що створює клімат максимальної свободи для вираження особистості, дослідження почуттів і міжособистісних комунікацій.

Клімат відкритості породжує довіру, дозволяє особистості усвідомити та змінити неадекватні захисні настанови, перевірити і прийняти оновлені способи поведінки та форми емоційного реагування, які в подальшому можна перенести на ситуації в повсякденному житті. В результаті широкого поширення ідей гуманістичної психології і паралельного розвитку Т-груп утворився напрямок групової роботи, який отримав назву *груп зустрічей*.

Гештальт-модель. Цей напрямок розроблявся Ф. Перлзом та його послідовниками. У гештальт-терапії важливе місце відводиться процесу саморегуляції організму, що призводить до формування цілісної психологічної освіти, яка передбачає специфічну організацію частин, що називають гештальтом. Центральний момент теорії — все відбувається тут і зараз. Метою групового процесу є розширення сфери усвідомлення кожним учасником себе, своїх індивідуальних особливостей, усвідомлення ним самоідентичності та досконалості, прийняття особистої відповідальності за те, що відбувається з ним. Процес усвідомлення учасниками себе можна порівняти з «проявленням» людини на фотографії і відділенням від незалежного фону. При цьому звернення відбувається не стільки до свідомості, скільки до почуттів і прагнень учасників.

Психодраматичний підхід. Психодрама як метод групової роботи визначає розігрування учасниками певних ролей в модельованих життєвих ситуаціях, що мають для них особистісний сенс. Результативність даного методу багато в чому ґрунтується на цілющому ефекті групової взаємодії. Творець психодрами Якоб Морено вважав, що зміни в людині можуть відбуватися на різних рівнях. Зміна установок, переконань може виникати на когнітивному рівні з використанням технік навчання, переконання та прийняття. Але багато особистісних проблем захоплюють більш глибинні пласти, де в безпосередньому зв'язку представлено думки, відчуття, переживання та дії.

Тому людину необхідно розглядати в її зв'язках з іншими людьми та світом у цілому. При цьому Я. Морено вважав, що для актуалізації почуттів необхідна дія з відтворення ролі у модельованих обставинах, прояв почуттів і переживань, з якими можна працювати.

Даний метод надає учасникам можливість «випустити» (відреагувати) ті почуття, які, можливо, роками стримувалися людиною у середині себе. При цьому в психодрамі можуть програватися не тільки реальні події, а й віртуальні, що представляють фантазії та сновидіння головного учасника. Під час розігрування ролей у психодрамі учасники актуалізують наявні та освоюють нові поведінкові зразки, розхитують стереотипи, викликають до життя реальні, існуючі в фантазії ролі. Таким чином, вони не просто відтворюють почуття, а й вносять нові елементи у поведінку та переживання, тим самим формуючи новий життєвий досвід.

Трансактна модель. В основі цього напрямку лежить концепція Е.Берна про різні стани «Я», які він назвав «Батько», «Дорослий», «Дитина». Згідно з цією концепцією, у кожний момент часу індивід перебуває в одному з даних станів. Саме стан визначає, яким чином людина думає, відчуває і поводить. Відповідно до нього відбувається взаємодія з іншими людьми, а також інтерпретація цієї взаємодії, яка відбувається по-різному. Спочатку на групових заняттях створюються благополучні умови для аналізу того, як окремі стани «Я» проявляються у взаємодії з іншими людьми в різних ситуаціях. Далі проводиться аналіз, в процесі якого виявляються особливості групової взаємодії ігрових та життєвих сценаріїв з подальшою їх зміною. При цьому під іграми розуміється така послідовність трансакцій, при яких під зовнішніми смислами висловлювань і вчинків вчинків маскується інша послідовність взаємодій, що забезпечує в кінцевому підсумку будь-яку психологічну перевагу — виграв. Життєві сценарії в трансактній моделі — це свого роду плани взаємодії з іншими людьми, які виробляються дитиною в процесі взаємодії з батьками в ранньому дитинстві. Надалі вони визначають тип поведінки в різних ситуаціях і особливості побудови власного життя. Центральним моментом концепції є положення про те, що багато сформованих раніше життєвих сценаріїв можуть бути «переписані» у більш конструктивному варіанті.

Біхевіорально-орієнтовані групи. Заняття поведінковим тренінгом не ставлять перед собою глобальних завдань розвитку особистості або реалізації людського потенціалу. Такі заняття називаються тренінгом життєвих умінь. Їх завдання — навчити учасників справлятися з конкретними проблемами і виробляти вміння пристосовуватися до певних життєвих обставин. Весь досвід людини отримує у вигляді навчання — для виправлення небажаної поведінки, що потребує перенавчання її на основі розробки ефективнішої поведінки або більш адаптивних реакцій. Однією з типових методик перенавчання є репетиція бажаної поведінки. Після моделювання необхідної поведінки учаснику пропонується програвати її у вигляді вправи, епізоду або рольової гри. У разі успіху це підкріплюється у вигляді позитивної реакції групи та ведучого. Для забезпечення успішнішого перенесення отриманого досвіду на реальне життя учасникам групи пропонується випробувати таку поведінку як домашнє завдання — поза групою, з подальшим обговоренням результатів на наступному занятті.

Сьогодні активно розвивається *когнітивно-поведінкова модель психологічного тренінгу*. У цій моделі поведінка людини розглядається в нерозривному зв'язку з її розумінням та інтерпретацією даної поведінки. Людина не просто здійснює вчинки, вона так чи інакше пояснює собі причини певних вчинків або «відсутність» даних причин.

Теми доповідей

1. Групи розвитку особистісного росту.
2. Групи психогієни та психопрофілактики.
3. Групова динаміка.
4. Види тренінгів.
5. Історія генезису та розвитку тренінгів.
6. Комунікативні тренінги.
7. Соціально-психологічний тренінг.
8. Тренінг життєвих умінь.
9. Трансактна модель Е. Берна.
10. Групи розвитку сенситивності (особистісного зростання).
11. Групи зустрічей.
12. Групи розвитку комунікативних навичок і умінь.

Контрольні питання

1. Коли використовується групова психокорекція?
2. Що являє собою тренінгова група?
3. Які три напрями виділяють у розвитку Т-груп?
4. Які основні типи соціально-психологічного тренінгу представлено в сучасній практиці?
5. В яких випадках застосовується індивідуальна психокорекція?
6. Що являє собою соціальна компетентність?
7. Які показники сформованої комунікативної компетентності?
8. Які спрямованість і сутність груп зустрічей?
9. Для чого проводяться групи розвитку сенситивності?
10. Чому виникли і для кого призначені групи розвитку комунікативних навичок і умінь?
11. Що являє собою трансактна модель і для чого використовується?

ТЕМА 6. МУЗИКОТЕРАПІЯ, АРТ-ТЕРАПІЯ, ІГРО-ТЕРАПІЯ ЯК МЕТОДИ ПРАКТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ

План

- 6.1. Музикотерапія, ігротерапія як методи практичної корекції в психореабілітації.
6.2. Арт-терапія, малюнкова терапія як методи практичної корекції в психореабілітації.

Ключові терміни: музикотерапія, рецептивна музикотерапія, ігрова психотерапія, арт-терапія, пасивна арт-терапія, активна арт-терапія, індивідуальна арт-терапія, малюнкова терапія.



6.1. Музикотерапія, ігротерапія як методи практичної корекції в психореабілітації

Музикотерапія розглядається як психотерапевтичний метод, який використовує музику як лікарський засіб. Лікувальна дія музики на організм людини відома з давніх часів. Перші спроби наукового пояснення цього феномена відносяться до XVII ст., а широкі експериментальні дослідження вже проводилися до XIX ст. Велике значення музиці в системі лікування психічно хворих надавали С. Корсаков, В. Бехтерев та інші відомі вчені. Різні аспекти цієї проблеми з'ясовувалися в роботах Л. Брусиловського, В. Зав'ялова, Швабе (Schwabe Ch.), Галинської (Galinska E.) та ін. Виділяють чотири основні напрямки лікувальної дії музикотерапії:

- емоційне активування в ході вербальної психотерапії;

- розвиток навичок міжособистісного спілкування (комунікативних функцій і здібностей);
- регулюючий вплив на психовегетативні процеси;
- підвищення естетичних потреб; як механізми лікувальної дії музикотерапії розглядають: катарсис, емоційну розрядку, регулювання емоційного стану, полегшення усвідомлення власних переживань, конфронтацію з життєвими проблемами, підвищення соціальної активності, придбання нових засобів емоційної експресії, полегшення формування нових відносин і установок.

Музикотерапія існує в двох основних формах: активної та рецептивної.

Активна музикотерапія являє собою терапевтично спрямовану, активну музичну діяльність, зокрема: відтворення, фантазування, імпровізацію за допомогою людського голосу та вибраних музичних інструментів.

Рецептивна музикотерапія передбачає процес сприйняття музики з терапевтичною метою і існує в трьох формах:

- *комунікативній*, яка передбачає спільне прослуховування музики, спрямоване на підтримку взаємних контактів, взаєморозуміння і довіру;
- *реактивній*, яка спрямована на досягнення катарсису;
- *регулятивній*, що сприяє зниженню нервово-психічної напруги.

При груповій психотерапії музикотерапія застосовується досить широко. Найчастіше в лікувальній практиці використовується рецептивна музикотерапія з орієнтацією на комунікативні завдання. Пацієнти в групі прослуховують спеціально підібрані музичні твори, а потім обговорюють власні переживання, спогади, думки, асоціації, фантазії (часто проективного характеру), що виникають у них в ході прослуховування. На одному занятті прослуховують, як правило, три твори або більш-менш закінчені уривки (кожний тривалістю 10–15 хвилин).

Програми музичних творів будуються на основі поступової зміни настрою, динаміки та темпу з урахуванням їх різного емоційного навантаження:

- перший твір має формувати певну атмосферу для всього заняття, проявляти настрої пацієнтів, налагоджувати контакти та вводити

в музичне заняття, готувати до подальшого прослуховування; для цього застосовується спокійний музичний твір, що має розслаблюючу дію;

- другий твір підбирається як динамічний, драматичний, напружений, несе основне навантаження, його функція полягає в стимулюванні інтенсивних емоцій, спогадів, асоціацій проективного характеру з власного життя пацієнта; після його прослуховування в групі приділяється значно більше часу для обговорення переживань, спогадів, думок, асоціацій, що виникають у пацієнтів;
- третій твір має зняти напругу, створити атмосферу спокою; він може бути спокійним, релаксуючим або, навпаки, енергійним, що дає заряд бадьорості, оптимізму, енергії.

У процесі групової психотерапії активність пацієнтів може стимулюватися за допомогою різних додаткових завдань, наприклад: постаратися зрозуміти, чи відповідає емоційний стан більшою мірою даному музичному твору або з наявної фонотеки підібрати власний «музичний портрет», тобто твір, що відображає емоційний стан когонебудь з членів групи. При груповій психотерапії використовують і активний варіант музикотерапії. Він вимагає наявності найпростіших музичних інструментів. Пацієнтам пропонують виразити свої почуття або провести діалог з ким-небудь з членів групи за допомогою вибраних музичних інструментів. Як варіант активної музикотерапії може розглядатися хоровий спів. Виконання музичних творів психотерапевтом також має лікувальний ефект, сприяючи створенню довірчої, теплої атмосфери.

Ігрова психотерапія. Вивчення дитячої гри шляхом спостереження, інтерпретації, структурування та ін. Дозволило усвідомити унікальність способу спілкування дитини з навколишнім світом. Таким чином, гру було покладено в основу методу лікування емоційних і поведінкових розладів у дітей, який отримав назву ігрова психотерапія.

Відсутність у дітей вербальних або понятійних навичок у необхідній мірі не дозволяє ефективно використовувати по відношенню до них психотерапію, майже повністю засновану на вимові, як це має місце в психотерапії дорослих. Діти не можуть вільно описувати свої почуття, вони здатні інакше виражати свої переживання, труднощі,

потреби та мрії. Важливою темою гри є бажання здійснення чогонебудь, «програвання» стосунків або ситуацій такими, якими діти хотіли б їх бачити. Часто дитина повторює свій негативний життєвий досвід, де вона знову і знову відчуває особливі, значущі для неї переживання. Ролі, що програються дітьми, часом бувають реверсивними, перевернутими, а позиція дитини в грі стає активною, іноді навіть антагоністичною, в той час як у реальному житті вона лише пасивно сприймала те, що відбувається.

Спочатку психотерапевт може просто дозволити дітям грати. Спостереження за грою допомагає йому, по-перше, встановити довірчі відносини з дитиною, по-друге, — скласти необхідні уявлення про здатність її до розвитку, про емоційні конфлікти та стилі спілкування. Зміст дитячої гри, міра її концептуальної складності, особливості її організації, дійові особи, конфлікти, занепокоєння дитини, виражені афекти — все це має інформативну та діагностичну цінність для психотерапевта. Поведінка дитини в процесі ігрової психотерапії може бути різною. Прийоми недирективної стратегії припускають її пасивність, лише іноді психотерапевт робить зауваження, які допомагають дитині «розігравати» і дозволяти власні конфлікти. Психотерапевти-аналітики схильні до інтерпретації гри, з тим щоб допомогти дитині усвідомити й акцентувати свідомий рівень на тих емоційних конфліктах, які заперечувалися або були пригнічені.

Фахівці прямо протилежної орієнтації, що базується на теорії соціального навчання, вважають своїм основним завданням навчання дітей того, як правильно в соціальному аспекті грати свої ролі в житті, і не приділяють великої уваги афективній стороні дитячої гри. В цілому психотерапевт використовує більш-менш структуровану ігрову психотерапію залежно від особливостей порушень і проблем самої дитини.

6.2. Арт-терапія, малюнкова терапія як методи практичної корекції в психореабілітації

Вивчення арт-терапії почалося у 20-ті роки XX ст. У Росії в 1926 р. вийшла перша монографія, присвячена арт-терапії, — книга П. Карпова «Творчість душевнохворих і її вплив на розвиток науки і техніки», де проблема творчих проявів при психічних захворю-

ваннях розглядалася не тільки в медичному, але і в історичному та біологічному аспектах. У США образотворчі засоби в психотерапевтичному процесі вперше застосував у 1925 р. при аналізі сновидінь своїх пацієнтів Левіс. Теоретичні основи терапії за допомогою образотворчого мистецтва виходять з психоаналітичних поглядів З. Фрейда, хоча сам він не цікавився цими психотерапевтичними можливостями, а також з аналітичної психології К. Юнга, який використовував власне малювання для підтвердження ідеї про персональні та універсальні символи, з динамічної теорії терапевтичної допомоги графічним самовираженням, з розробок психотерапевтів гуманістичної спрямованості.

Термін *«арт-терапія»* (art — мистецтво, arttherapy — терапія мистецтвом) особливо поширений в країнах з англomовним населенням і означає найчастіше лікування методами пластичного образотворчого мистецтва (творчості) з метою впливу на психоемоційний стан хворого. У вітчизняній психотерапевтичній літературі використовуються також терміни «ізотерапія», або «художня терапія», однак вони не тотожні англomовному аналогу та дещо звужують його сенс.

Арт-терапія — збірне поняття, яке включає безліч різноманітних форм і методів, тому не існує загальноновизнаної її класифікації. На сучасному етапі виділяє чотири основні напрямки в застосуванні арт-терапії:

- використання для лікування вже існуючих творів мистецтва шляхом їх аналізу та інтерпретації пацієнтом (*пасивна арт-терапія*);
- спонукання пацієнтів до самостійної творчості, при цьому творчий акт розглядається як основний лікувальний фактор (*активна арт-терапія*);
- одночасне використання першого і другого принципів;
- акцентування ролі самого психотерапевта, його взаємин з пацієнтом у процесі навчання творчості.

Класифікація видів арт-терапії, що наводиться в книзі Р. Хайкіна «Художня творчість очима лікаря», включає кілька рівнів лікувальної дії та адаптації в разі застосування арт-терапії:

- соціально-особистісний рівень адаптації: в основі адаптуючої дії лежить несвідома творча, гармонізуюча, інтегруюча сила якогось естетичного та творчого початку, закладеного в мистецтві;

- особистісно-асоціативний рівень адаптації проявляється в полегшенні, компенсація досягається за рахунок не тільки естетичної дії, а внаслідок зниження напруги, що обумовлена реагуванням на різні конфліктні, гнітючі переживання і їх сублімації;
- асоціативно-комунікативний рівень адаптації передбачає лікувальну дію арт-терапії, яка досягається підключенням інтелектуальних операцій (проекція, обговорення і усвідомлення конфлікту), полегшення психотерапевтичних контактів і доступу лікаря до психопатологічних переживань, що не вимагає естетичного компонента, бо результат досягається навіть при простому проективному поданні проблем;
- соціально-комунікативний рівень адаптації: виявляється у використанні прикладних можливостей творчості — арт-терапія розглядається спрощено, як один з видів зайнятості, варіант організації та проведення часу, принципово не відрізняється від інших аналогічних методів;
- фізіологічний рівень адаптації розкривається через врахування фізичного, фізіологічного, координаційно-кінетичного впливу пластичного образотворчого процесу на організм і психіку.

Кожен з елементів класифікації допускає використання мистецтва і в експресивному творчому варіанті, коли творять самі хворі, і в імпресивному творчому варіанті, коли використовується сприйняття вже готових творів образотворчого мистецтва.

У світовій літературі існують різні погляди на механізм лікувальної дії арт-терапії — креативні, сублімативні, проектні уявлення, арт-терапія як зайнятість та ін. Креативні уявлення — це уявлення, згідно з якими адаптаційний вплив арт-терапії на психіку можна розуміти у зв'язку із самою сутністю мистецтва. На перший план висувається віра в творчу основу людини, мобілізація латентних творчих сил, яка сама по собі має терапевтичний вплив. Теоретична основа цих уявлень — гуманістичний напрямок психології, що розглядає особистість як таку, в якій спочатку існують духовні, альтруїстичні потреби, що визначають її поведінку. В кожній людині передбачається існування можливостей прихованого потенціалу, які можна звільнити, мобілізувати для полегшення самореалізації

особистості, направити їх на її соціальне та індивідуальне інтегрування. Завдання арт-терапії не зробити всіх людей художниками або скульпторами, а викликати в індивідуума активність, спрямовану на реалізацію його граничних творчих можливостей. Головний акцент у терапії роблять на творчу активність, здатність створювати, що спонукають пацієнта самостійно творити.

Творчість розглядається як один із засобів подолання страху, що виникає в зв'язку з конфліктом, що формується у людини, поведінкою, якою управляє прагнення до реалізації особистості. Творчі люди краще концентрують свою енергію, свої сили для подолання перешкод і вирішення внутрішніх і зовнішніх конфліктів. На думку А. Маслоу, основним джерелом людської діяльності є безперервне прагнення до самоактуалізації і самовираження. У хворих невротами ця потреба заблокована, і мистецтво може бути одним із способів її відновлення. Способами, що ведуть до самоактуалізації, можуть бути миті вищого переживання краси і екстазу. Завданням психотерапевта є допомога людям відчувати ці миті, створити умови для їх виникнення, допомогти пацієнтові вивільняти пригнічення, пізнавати власне «Я». Стимування творчої сили є причиною невротів, і сенс психотерапії — в її вивільненні, тому стимуляція творчості може служити також психопрофілактичним засобом.

Прихильники вищеописаних поглядів ставлять в основу творчості не просто дію, процес, а підкреслюють його естетичну сторону. Інтегруюча роль мистецтва полягає в тому, що творчий процес знижує напругу, яка веде до невроту, і об'єктивізує внутрішні конфлікти. Інтегративно-креативні можливості мистецтва використовують як спосіб боротьби з дезінтеграцією і безпорядковістю психіки, як засіб впливу на характер побудови зорових уявлень, як спосіб регуляції і реконструкції «Я» при втраті реальності.

З позиції адаптації арт-терапія розцінюється як інтегруючий адаптаційний механізм, що надає людині активної позиції щодо можливостей пристосування до середовища, яке сприяє загальній гармонізації особистості. Іншими механізмами лікувальної дії арт-терапії є відреагування та сублімація. Художня сублімація виникає, коли інстинктивний імпульс людини замінюється візуальним, художньо-

образним уявленням. Як вважають прихильники цієї концепції, творчість як одна з форм сублімації дозволяє виявляти, усвідомлювати, а також висловлювати і тим самим відреагувати в мистецтві на різні інстинктивні імпульси (сексуальні, агресивні) і емоційні стани (депресію, тугу, пригніченість, страх, гнів, незадоволеність тощо). Таким чином, знижується небезпека зовнішніх проявів зазначених переживань як соціально небажаної діяльності. Творчість розглядається як засіб максимального самовираження, що дозволяє пацієнтові проявляти себе яскравіше, ніж у листі або в мові, а лікаря забезпечує прямим доступом до несвідомого.

Малювання розглядається як компенсуючий акт, що дозволяє хворому придушити брутальну агресію. Здійснюється це шляхом свідомої творчої діяльності і відбувається в процесі її сублімації через вираження в символічному вигляді внутрішніх конфліктів та несвідомлених прагнень.

Арт-терапевтичні твори сприяють прориву змісту комплексів у свідомість і переживанням супутніх їм негативних емоцій. Це особливо важливо для хворих, які не можуть «виговоритися»; передати свої фантазії у творчості легше, ніж про них розповісти. Фантазії, які зображені на папері або виконані в глині, нерідко прискорюють та полегшують вербалізацію переживань. У процесі роботи ліквідується або знижується захист, який є при вербальному, звичному контакті, тому в результаті арт-терапії хворий правильніше і реальніше оцінює свої порушення та відчуття навколишнього світу. Малювання, як і сновидіння, знімає бар'єр «его-цензури», що утруднює словесне вираження несвідомих конфліктних елементів.

Малюнок терапія, зокрема проектне малювання, не є арт-терапією в повному розумінні цього слова, оскільки тут не ставиться мета досягти естетичного результату. На відміну від попередніх напрямків, в роботі з хворими в цьому випадку головна увага приділяється ніяк не процесу творення. Провідним є цілеспрямована орієнтація психотерапевта на проективний аспект процедури та його зосередженість на інформації. Функція проективної терапії полягає в тому, що проекція внутрішніх уявлень кристалізується і зміцнюється в постійній формі спогадів і фантазії. В ході проективної арт-терапії

повинна стимулюватися демонстрація почуттів, стосунків, станів для того, щоб людина дізналася, зрозуміла всі ці почуття і подолати їх в собі. Специфіка проектного малювання полягає в тому, що лікар пропонує хворому сюжет проективного характеру і потім обговорює малюнки і інтерпретує їх.

При розгляді арт-терапії як зайнятості передбачається, що образотворче мистецтво діє так само, як і інші подібні форми роботи з хворими, що цілеспрямована та плідна діяльність, яка здійснюється при арт-терапії, є «відновлювальним процесом», який послаблює порушення і об'єднує здорові реакції. Особливе значення надається колективному характеру занять арт-терапії. Йому приписується каталізуючий та комунікативний ефект, який сприяє поліпшенню самовідчуття, розуміння своєї ролі в суспільстві, власного творчого потенціалу та подолання труднощів самовираження. Крім того, що арт-терапія є цікавою, емоційно значущою формою зайнятості, вона — ще й додатковий спосіб спілкування хворих між собою. Спільна творчість допомагає пацієнтові пізнати світ іншої людини, що полегшує соціальну адаптацію.

Фізичний та фізіологічний вплив арт-терапії полягає в тому, що образотворче мистецтво сприяє поліпшенню координації, відновленню і більш тонкому диференціюванню ідеомоторних актів. Не можна недооцінювати також безпосереднього впливу на організм кольору, ліній, форми.

Деякі автори висловлюються проти приписування арт-терапії надмірного терапевтичного ефекту та закликають до обережнішої оцінки її корисності. Мадежска (Madejska N.) заперечує розуміння будь-якого творчого акту як терапевтичного на тій підставі, що лікування передбачає «інтеграцію» іззовні, тобто вплив, який спрямований на пацієнта — як активність при творчості — виходить, навпаки, від самого хворого. Проти беззастережного приписування образотворчому мистецтву цілющого впливу заперечує і Кубі (Kubie S.), який на прикладах життєпису відомих художників вказує на те, що творчий і невротичний потенціали реалізуються складним шляхом, а вдалі творчі прояви часто посилюють та поглиблюють невротичний процес, який не може бути відновлювальним. Федерн

(Federn P.) писав, що арт-терапія при психозах може принести шкоду, тому лікар повинен не виявляти комплекси, а намагатися придушити або сповільнити будь-які спонтанні вирази несвідомого.

Показання до арт-терапії досить широкі, тим більше, що її застосування можна «дозувати» — від «поверхневої зайнятості» до поглибленого аналізу прихованих індивідуальних переживань. Багатоплановий вплив мистецтва та творчості дозволяє застосовувати його для пацієнтів різного віку в найширших діагностичних межах. При розгляді показань до арт-терапії (крім клінічної картини, інтенсивності переживань та стану емоційної сфери пацієнта) необхідно також враховувати його ставлення та інтерес до образотворчого мистецтва під час хвороби, підготовленість, інтелект і багато інших чинників. Арт-терапія може бути використана як седативний (заспокійливий) засіб при психомоторному збудженні та агресивних тенденціях; вона може виконувати функції відволікання та зайнятості; здатна при соціальній дезадаптації полегшити контакт і допомагати виявляти приховані переживання; виконувати активізуючі і адаптивні функції; надавати розслаблюючу дію.

Що стосується протипоказань, то тут може йти мова про стани, при яких хворому складно певний час всидіти за робочим столом, або коли хворий заважає іншим. Найважчими для психотерапевта є хворі з вираженим психомоторним або маніакальним збудженням, яке не дозволяє їм зосередити увагу на об'єкті дії. Також протипоказанням є порушення свідомості та важкі депресивні розлади з відходом в себе.

Деякі автори рекомендують заняття арт-терапією як профілактичний засіб: рекомендують вільне малювання при наростаючих розладах сну, використовувати малювання та ігри з фарбами як психопрофілактичний метод «творчого тренінгу» на підставі концепції, згідно з якою такі ігри дозволяють зменшити стрес і фрустрацію, повернути відчуття власної цінності, звільнитися від сумнівів у своїх здібностях.

Арт-терапію можна проводити з одним пацієнтом, з подружжям, з усією родиною, в групі та колективі. Психотерапевт повинен надати учасникам необхідні для художньої творчості матеріали та інструменти: набори фарб та олівців, крейду, кисті, глину для ліплення, а також деревинки, каміння, шматки матерії, папір. Місце занять має

бути добре освітленим і таким, щоб учасники могли вільно пересуватися. Функції арт-терапевта досить складні і змінюються залежно від ситуації. Йому необхідно володіти певними навичками художнього і декоративно-прикладного мистецтва, тому що при проведенні арт-терапії доводиться не тільки розповідати, але й показувати технічні прийоми художньої творчості. Арт-терапевту потрібні систематичні самостійні заняття художньою творчістю, що дозволяє йому краще відчувати та усвідомлювати багато процесів, завдяки яким значною мірою реалізується психотерапевтичний потенціал методу.

На першому етапі при заняттях арт-терапією необхідно подолати опір, пов'язаний з поширеним «комплексом невміння», збентеженням перед незвичним заняттям. Це тісно пов'язано з виробленням настанови на подальше лікування, тому що від ступеня особистої участі, активності хворого, його залученості в роботу залежить ефективність терапії. Інформативний етап роботи включає в себе ознайомлення хворого з основами техніки образотворчого мистецтва, бесіду про творчість самих різних напрямків і стилів, відвідування музеїв і виставок. На цьому етапі вирішуються питання соціально-комунікативного характеру. Зовсім не обов'язково дотримуватися будь-якого жорсткого, чітко визначеного набору тем або дотримуватися їх послідовності. Темі охоплюють різні сфери життя пацієнта або групи і є лише орієнтирами. Темі пропонуються по-різному. Ступінь уявлення ініціативи в групі залежить від етапу її роботи.

На початкових етапах роботи групи більш доцільним є пропонування тем арт-терапевтом, надалі активність надається учасникам групи. Темі повинні пропонуватися в певній послідовності, яка враховує, по-перше, природний опір пацієнтів, які не вміють малювати або ліпити фігурки людей, по-друге, — першочергові завдання групи. Власне, формулювання теми не є самоціллю. Основною вимогою до теми є її потенційна здатність викликати подальше обговорення.

Коли пацієнт долає опір, що можна визначити за зменшенням формальності в роботі, арт-терапевт може приступати до безпосереднього вирішення лікувальних завдань. Образотворча діяльність підсилює дію словесного самовираження. Малюнок, ліплення, вишивка є не просто ширшим розкриттям повідомлень, але й документом,

до якого можна повернутися в майбутньому. Тому арт-терапевт може радити пацієнту записувати думки, що виникли у нього в ході роботи.

Перевага арт-терапії полягає в можливості глибше оцінити поведінку пацієнтів, скласти думку, на якому етапі життя знаходиться хворий, — у малюнках і виробках можуть знаходити відображення не тільки одномоментні думки, а й пов'язані з майбутнім і минулим хворого, а також пригнічені і приховані переживання, причому все це, виражене в образотворчій формі, може стати яскравим щоденником життя та лікування. Пацієнтам рекомендується повертатися до своїх старих робіт «для посилення інсайту і з'ясування динаміки». Вважається важливим і виявлення індивідуальної символіки кожного хворого, яка може висловлювати його прагнення в різні моменти життя.

Арт-терапія має очевидні переваги перед іншими формами психотерапевтичної роботи. Як самостійний напрям лікувально-реабілітаційної, педагогічної та соціальної роботи арт-терапія нараховує всього кілька десятиліть своєї історії. Як емпіричний метод вона почала формуватися з середини ХХ ст., коли отримала широку популярність і поширення досвіду роботи деяких художників і арт-педагогів.

Індивідуальна арт-терапія може використовуватися з широким колом клієнтів. Деякі клієнти, які не підлягають вербальній психотерапії (олігофрени, психотики, особи похилого віку з порушеннями пам'яті і деякі інші), в ряді випадків можуть досить успішно займатися з арт-терапевтом як індивідуально, так і в групі, маючи порушену здатність до вербальної комунікації, вони нерідко здатні висловлювати свої переживання в образотворчій формі. Навіть якщо деякі з них і не здатні створювати художні образи, проста маніпуляція та гра з матеріалами часом виявляється дуже важливим фактором їх активізації, тренування сенсомоторних навичок, мислення, пам'яті та інших функцій.

Індивідуальна арт-терапевтична робота може тривати досить довго, у багатьох випадках — кілька місяців або років. У той же час її тривалість визначається низкою зовнішніх чинників, наприклад, терміном перебування клієнта в стаціонарі, можливостями фінансування конкретної арт-терапевтичної програми або фінансовими можливостями самого клієнта, планом реабілітації тощо. Зазвичай арт-терапія

популярна серед хворих. Таке ставлення до образотворчого мистецтва можна розглядати з точки зору його впливу на терапевтичний процес, оскільки успіх багато в чому залежить від того, як хворі сприймають ці заняття, що і визначає їх ефективність. Позитивний терапевтичний ефект занять виявлявся багато в чому обумовленим позитивними емоціями від враження про свої роботи і загальної настановки хворого на лікування. У групі арт-терапії естетичні та неестетичні ефекти лікувальної дії тісно переплітаються з психотерапевтичними груповими ефектами. Наприклад, ефект можливості більшого комунікативного впливу творчості на одну і ту саму тему, ефект впливу на зміну самооцінки і здатності до подолання фрустрацій.

Групу арт-терапії, по суті, можна вважати варіантом групової психотерапії, в якому образотворче мистецтво використовується як основний інструмент, що потенційно забезпечує досягнення певного результату. Крім того, тривалі заняття, залишаючи пацієнта наодинці з проблемою на довший термін, змушує його глибше зануритися в неї, інтенсивніше сконцентруватися на проблемі, всебічно аналізуючи її і домагаючись катарсису. При тривалій діяльності зростає і групове спілкування, розвивається почуття групової згуртованості, солідарності. Групи в більшості складаються з 8–10 осіб. Активна участь в арт-терапії є обов'язковою умовою для всіх членів групи. Початку групової роботи завжди передує спеціальна бесіда, в якій роз'яснюється зміст арт-терапії для функціонування групи і демонструються роботи учасників попередніх груп. Крім того, на перших заняттях можуть проводитися творчі ігри, спрямовані на відновлення знайомства з образотворчими матеріалами, зниження напруги. Поступово процес арт-терапії перестає бути проблемою, зникає страх, зменшуються заперечення, пов'язані з труднощами зображення, і в центрі уваги виявляється не сам твір, а його автор. Починається аналітичне обговорення, яке пов'язується з особистістю автора, у хворих виникають припущення щодо заданих тем, серйозні і узагальнюючі оцінки, емоції.

Обговорення робіт відбувається одразу після закінчення малювання, ліплення, виготовлення виробів. Дискусія починається з пропозиції арт-терапевта вдумуватися, співпереживати та перенести

все це в малюнок, виріб, щоб було зрозуміло, що говорить цим автор. Арт-терапевт може підключитися до обговорення на загальних правах, але переважно це треба робити, особливо спочатку, у формі запитань для інтерпретації, тому що інтерпретації арт-терапевта сприймаються іншими членами групи з очікуванням його «всезнання» і можуть сковувати, гальмувати ініціативу групи. Завданням арт-терапевта при обговоренні є стимуляція дискусії і використання інформації, що виникає в ході заняття, не тільки із закінчених робіт, але і з особливостей поведінки членів групи.

Під час арт-терапії пацієнтам пропонуються різноманітні заняття образотворчого та художньо-прикладного характеру (малюнок, графіка, живопис, скульптура, дизайн, дрібна пластика, різьблення, випалювання, карбування, батик, гобелен, мозаїка, фреска, вітраж, всілякі вироби з хутра, шкіри, тканин тощо), які спрямовані на активізацію спілкування з психотерапевтом або в групі в цілому для більш ясного, тонкого висловлювання своїх переживань, проблем, внутрішніх протиріч, з одного боку, а також творчого самовираження — з іншого. В даний час в арт-терапію включаються і такі форми творчості, як відео-арт, інсталяція, перформанс, комп'ютерна творчість, де візуальний канал комунікації відіграє провідну роль.

Виявлено деякі найбільш значущі переваги терапії малюванням:

- практично кожна людина (незалежно від віку, культурного досвіду та соціального положення) може брати участь в арт-терапевтичній роботі, яка не вимагає від неї будь-яких здібностей до образотворчої діяльності або художніх навичок. Кожний, коли був дитиною, малював, ліпив та грав. Тому арт-терапія практично не має обмежень у використанні. Арт-терапія є засобом переважно невербального спілкування. Це робить її особливо цінною для тих, хто не дуже добре володіє мовою, не може словесно описати свої переживання, або, навпаки, надмірно пов'язаний з мовним спілкуванням (що характерно, наприклад, для представників західної культури). Символічна мова — одна з основ образотворчого мистецтва — дозволяє людині часто точніше висловити свої переживання, по-новому поглянути на ситуацію і життєві проблеми та знайти завдяки цьому шлях до їх вирішення;

- образотворча діяльність є потужним засобом зближення людей, своєрідним «мостом» між фахівцем (психотерапевтом, психологом, педагогом і соціальним працівником) і клієнтом. Це особливо цінне в ситуаціях взаємного відчуження, при скруті в налагодженні контактів, у спілкуванні з приводу занадто складного і делікатного предмета;
- образотворча діяльність у багатьох випадках дозволяє обходити «цензуру свідомості», тому надає унікальну можливість для дослідження несвідомих процесів, вираження і актуалізації латентних ідей та станів, тих соціальних ролей і форм поведінки, які знаходяться у «витісненому» вигляді або слабо проявлені в повсякденному житті;
- арт-терапія є засобом вільного самовираження і самопізнання; вона має «інсайт-орієнтований» характер; передбачає атмосферу довіри, високої терпимості та уваги до внутрішнього світу людини; продукти образотворчої діяльності є об'єктивним свідченням настроїв і думок людини, що дозволяє використовувати їх для ретроспективної, динамічної оцінки стану, проведення відповідних досліджень та зіставлень.

Особливу цінність арт-терапевтична робота може мати для дітей та дорослих, які відчувають певні труднощі у вербалізації своїх переживань. Наприклад, через мовні порушення, аутизм або малоконтактність, а також складність цих переживань, їх «невимовність» (у осіб з посттравматичним стресовим розладом). Це не означає, що арт-терапія не може бути успішною в роботі з особами, які мають добре розвинену здатність до вербального спілкування. Для них образотворча діяльність може бути альтернативною «мовою», більш точною і виразною, ніж слова.

Теми доповідей

1. Історія генезису та розвитку музикотерапії.
2. Ігрова психотерапія.
3. Терапія малюванням.
4. Бібліотерапія.
5. Танцювальна терапія

6. Пісочна терапія
7. Пальчикова терапія.
8. Музикотерапія.
9. Історія розвитку і сучасний стан арт-терапії.
10. Психогімнастика.
11. Казкотерапія.
12. Кінотерапія.

Контрольні питання

1. Які виділяють показання для застосування терапії малюванням?
2. Які види арт-терапії використовуються і для чого?
3. Які види творчості включаються в арт-терапію?
4. Переважно засобом якого спілкування є арт-терапія?
5. Що являє собою індивідуальна арт-терапія?
6. Які протипоказання для застосування арт-терапії?
7. У чому проявляється фізичний та фізіологічний вплив арт-терапії?
8. Що слугувало джерелом для виникнення арт-терапії?
9. Які існують основні форми музикотерапії?
10. Що являє собою рецептивна музикотерапія?
11. У чому особливість активної музикотерапії?
12. Що повинні формувати перший, другий, третій музичні твори?
13. У чому сутність ігрової психотерапії?

ТЕМА 7. ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РОБОТИ З БАТЬКАМИ ТА ДІТЬМИ

План

- 7.1. Підтримка батьків дітей з особливими потребами.
- 7.2. Психологія соціальної роботи з дітьми, які пережили насильство в сім'ї.
- 7.3. Психологія соціальної роботи з дітьми-соціальними сиротами.

Ключові поняття: діти з особливими потребами, діти, які зазнали насильства в сім'ї, діти — соціальні сироти, діти з синдромом Дауна, програми ранньої допомоги, процес втрачання ілюзій, хронічна скорбота, емоційна депривація, психогенні реакції.



7.1. Підтримка батьків дітей з особливими потребами

Незалежно від рівня розвитку та медичного діагнозу основною психологічною потребою кожної дитини є взаємодія з постійним, соціально чуйним дорослим. Вбираючи і проживаючи все різноманіття материнської поведінки, дитина відкладає в скарбничку уявлень про себе ті нитки та фарби відносин, з яких створюється образ себе — гідного або недостойного любові.

Якщо в сім'ї з'явилася дитина з особливостями у розвитку, головне те, що з'явилася дитина. Якщо батьки стали батьками дитини з особливостями у розвитку, головне те, що вони стали батьками. Коли в родині народжується малюк з особливими потребами — той, кого зазвичай раніше називали інвалідом, благополуччя взаємодії з ним близьких

дорослих піддається серйозному випробуванню, хоча з часом між дитиною і батьками розвиваються відносини любові і прихильності.

Спочатку порушення розвитку у дитини викликає у членів сім'ї шок, переживання горя, амбівалентне ставлення до малюка, відкидання. Біль та відчуття провини, гнів і розчарування, тимчасова втрата контролю над реальністю, що часто в буквальному сенсі тримають всю сім'ю в полоні: багато сімей переживають ізоляцію, залишаються наодинці зі своїм горем, нікому не показують сліз, в самих собі шукають сили впоратися з кризою.

Діагноз або порушення розвитку дитини є джерелом стресу не тільки для родини, але й для самого малюка. Дитина виявляється в заручниках, чекаючи відданості та чуйності від батьківської поведінки, яке в разі народження дитини з особливими потребами пронизане полярними почуттями турботи і гніву, любові і розчарування. У багатьох дітей з порушеннями розвитку занурення у вир емоційного стресу батьків проходить на тлі масивного медичного лікування, що робить стан дитини ще більш уразливим. Її реагування на ці травмуючі чинники може виражатися регресією до стану дуже глибокої затримки розвитку, придушенням здібностей, порушенням комунікації, тривожністю та іншими захисними механізмами.

Цей феномен група фахівців, що працює з дітьми та дорослими з порушенням інтелектом в техніці психоаналітичної терапії, назвали вторинною розумовою відсталістю. Її причина — емоційні страждання маленької людини. Наприклад, це проявляється в характеристичній взаємодії матерів з немовлятами з синдромом Дауна. Так само, як і всі діти віку немовляти та раннього віку, немовля з синдромом Дауна спрямоване на пошук і підтримку соціальної взаємодії з матір'ю. Соціальні сигнали таких немовлят було ретельно досліджено: зоровий контакт уповільнений; соціальне співвіднесення вокалізацій може бути порушено; посмішка виражена дуже слабо і з'являється пізно; кількість та тривалість посмішок невеликі; в цілому сигнали слабкі, «проявляються важко». У немовлят з синдромом Дауна також часто порушений розвиток ранньої рефлекторної поведінки. Відомо, що рання рефлекторна поведінка немовляти трактується матір'ю як перша відповідь на взаємодію і як форма взаємності лягає в основу

відносин. Порушення цієї поведінки може сприйматися як відмова від контакту та нездатність його встановлювати. Своєрідні характеристики поведінки дитини визначають особливості поведінки матері у взаємодії з немовлям з синдромом Дауна: це гіперстимуляція, завищені вимоги до дитини, недооцінка її успіхів, низька здатність до підстроювання і підтримки власної гри дитини.

За даними літератури, матері немовлят з синдромом Дауна мають тенденцію надмірно стимулювати дитину, пояснюючи це низьким рівнем запрошень до взаємодії з боку дитини і низькою інтенсивністю її сигналів. Високий рівень стимуляцій частково викликаний сильною тривожністю та бажанням продемонструвати здібності дитини у вигідному світлі. Спрямованість програм ранньої допомоги на взаємодію матері і немовляти допомагає батькам адекватно оцінювати розвиток здібностей дитини, виділяти сигнали немовляти та дотримуватися їх, підтримуючи зацікавленість дитини в соціальному діалозі з близькими дорослими.

Психологічні процеси, які супроводжують адаптацію батьків до особливих потреб їх дитини, є фокусом соціально-психологічної роботи з сім'єю в програмах ранньої допомоги. Підтримка батьків немовляти з особливими потребами, звернення фахівця до емоційного життя немовляти, чуйність до сигналів, повага до його почуттів, надання йому досвіду соціально чуйної, гнучкої взаємодії допомагають всій родині подолати труднощі, що впливають на кожну зі сторін розвитку дитини.

Результати багатьох спостережень і експериментальних досліджень дозволяють стверджувати, що на розвиток дитини впливають якість взаємодії батьків з дитиною, турбота про її здоров'я та безпеку, а також досвід, що надається дитині в сім'ї та суспільстві. Будь-яка сім'я відрізняється самотутністю, індивідуальною культурою і по-різному використовує доступні ресурси, сильні і слабкі сторони сімейних відносин. Різноманіття батьківської поведінки, що впливає на дитину, управляється зовнішніми (наприклад, соціальними, економічними) і внутрішніми (сімейними) факторами, які або сприяють створенню оптимальних умов для розвитку дитини, або ускладнюють його. До зовнішніх несприятливих факторів можна віднести

перш за все відсутність необхідних соціальних служб і програм допомоги дітям з проблемами в розвитку та їх батькам, негативне ставлення суспільства до дітей з особливими потребами, низький економічний потенціал.

Несприятливо впливають на дитину характеристики функціонування сім'ї, які в області раннього втручання називаються факторами ризику. Фактори короткочасної дії визначаються як зовнішніми обставинами (тимчасовою відсутністю соціальної підтримки або низькою якістю наданої допомоги, фінансовими труднощами батьків), так і внутрішньосімейними подіями (напруженістю в подружніх стосунках, конфліктом тощо). Фактори тривалої дії — події в сім'ї, індивідуальні особливості батьків або їх взаємодії з дитиною та один з одним, які не сприяють наданню дитині оптимального соціально-емоційного і розвиваючого досвіду. До даної групи факторів ризику можна віднести вплив порушення розвитку у дитини на якість взаємодії з нею найближчих дорослих.

Поряд з факторами ризику, які зумовлені порушеннями розвитку дитини, виділяються чинники, не пов'язані з особливими потребами дитини, але які впливають на взаємодію членів сім'ї з дитиною та на досвід відносин, що отримує дитина. У концепції «уявної взаємодії» Бразелтона і Крамера виділяється ряд зумовлених особистим досвідом батьків сценаріїв, що спричиняють поведінкову, об'єктивну сторону відносин. Автори концепції припускають, що розвиток дітей визначений фантазіями батьків так само, як і їх вродженими програмами, і ці різні сили знаходяться в постійній взаємній грі та впливають один на одного. У деяких сценаріях дитині відводиться занадто важка роль.

Супровід сімей, які виховують дітей з особливими потребами, в програмах ранньої допомоги зіштовхує професіоналів з проблемою взаємопроникнення і взаємовпливу двох типів батьківських уявлень та сценаріїв: пов'язаних з порушенням розвитку дитини і не пов'язаних з порушенням розвитку, обумовлених власним раннім досвідом батьків, культурою, психічним здоров'ям та інтелектуальним потенціалом сім'ї. Можна припустити, що важкі переживання батьків в перші місяці життя дитини викликають особливі фантазії

і сценарії, про які свідчать висловлювання деяких батьків: «Хвора дитина — це мій хрест», «Те, що сталося, — покарання за мої гріхи».

Коли сім'я переходить на стадію прийняття дитини і відбувається формування відносин любові і прихильності, роль дитини в трагічному сценарії змінюється або доповнюється іншим, обумовленим особистим досвідом батьків і їх уявленнями про рольові відносини. Наприклад, малюк з синдромом Дауна, який народився в релігійній сім'ї, до своїх двох років перетворився в партнера по боротьбі і взаємному контролюванню. При очевидному взаємозв'язку відносин боротьби з початковим призначенням хлопчика в картині життя матері особливості її поведінки ґрунтувалася на її власному, дитячому, досвіді, який характеризувався вимушеною потребою домінувати та розпалювати протиріччя. Та сама стратегія вибудовування відносин використовувалася мамою хлопчика і при вихованні старших дітей в сім'ї. Її прояв по відношенню до молодшого сина не було пов'язане з наявністю у нього синдрому Дауна.

До факторів ризику можна віднести і деякі індивідуальні особливості дитини, не пов'язані з наявністю порушень у розвитку. Виховання кожної маленької дитини пов'язане з переживанням труднощів і великої кількості стресів. Один малюк радує близьких тим, що добре їсть і спокійно спить, тоді як інший нічним плачем і відмовою від їжі може приводити батьків у стан крайньої втоми і дратівливості. Особливості дитини — «важкий» темперамент, підвищена збудливість, знижена або висока чутливість тощо — поряд з іншими довгостроковими і короткочасними несприятливими факторами впливають на якість взаємодії батьків з дитиною, їх поведінку та досвід, що надається дитині.

Що відбувається з батьками, коли в родині з'являється дитина з особливими потребами? У період вагітності практично всі батьки розмірковують і фантазують про свою ненароджену ще дитину, її стать, темперамент і досвід, який вона одержить в майбутньому житті. Більшість батьків знають: впливати на втілення їх фантазій неможливо. Проте очікується «нормальний» малюк, який буде слідувати природним, передбачуваним етапам розвитку: навчиться ходити, говорити, піде в дитячий сад, у школу, вступить до інституту,

влаштується на роботу і в кінцевому підсумку досягне повної незалежності як дорослий. Однак жодна дитина не може втілити всі мрії батьків. Після того, як малюк вже з'явився на світ, мрії поступово видаляються, щоб звільнити індивідуальність реальної дитини від «уявлень», фантазій про уявний ідеал.

Цей процес Д. Віннікот назвав «втратою ілюзій»: батьки проходять довгий шлях від уявлень про ідеальну дитину, яка є єдиним цілим з матір'ю, до визнання індивідуальності (часом, далеко не ідеальної) і надання дитині можливості отримати, прожити досвід відділення від матері в проміжках часу, які є прийнятними для неї і для дитини. Коли народжується дитина з порушеннями розвитку, мрії та ілюзії руйнуються в одну мить. Проблема адаптації батьків до народження дитини з особливими потребами в останні роки стала темою активного професійного обговорення. Як і раніше, багато процесів все ще є неясними і вимагають вивчення. Клінічна практика показує, що деякі батьки спустошені і, здається, залишаються в цьому стані довгі роки, тоді як інші досить швидко налаштовуються, справляються з ситуацією і продовжують жити. Розуміння стану дорослих має теоретичну цінність, а також полегшує розпізнавання індивідуальних потреб сім'ї для забезпечення більш ефективного обслуговування.

Ранні теоретичні підходи до оцінки стану батьків дітей з особливими потребами преломляються в побудову певних моделей. Наприклад, модель переживання важкої втрати. Одна з найбільш поширених концепцій у вивченні реагування та подальшого пристосування до народження дитини з вадами розвитку побудована на основі досліджень реакцій на важку втрату. Гіпотеза така: протягом всієї вагітності батьки очікують і планують нормального, здорового малюка, але ці надії драматично руйнуються з народженням дитини, яка далеко не досконала. Передбачається, що, перш ніж батьки зможуть почати приймати ту дитину, яка у них є, і піклуватися про неї, їм необхідно оплакати втрату дитини, яка «могла у них бути», що дуже схоже з переживанням смерті реальної людини.

Ця концепція приваблива: дійсно, на перший погляд, дві ситуації мають багато спільного, і багато батьків, особливо ті, для кого інвалідність їх дитини була підтверджена одразу після народження,

або незабаром, спонтанно використовували таку аналогію, але не всі. Хоча майже всі батьки буквально занурюються в почуття втрати, шоку, невіри, подальше пристосування значно менш передбачуване. Багато ставлять під сумнів таке поняття, як «прийняття», кажучи, що дуже часто присутні змішані почуття: «Я люблю мою дитину, але все ще хочу, щоб у неї не було синдрому Дауна»; «Я ніколи не відкину моєї дитини, але не проходить і дня без того, щоб я з готовністю не відкидав її інвалідність».

Існує думка, що амбівалентність почуттів і бажань — прояв непрожитого горя і що батьки можуть сформувати справжню прихильність до дитини тільки тоді, коли перестануть думати про «нормальну» дитину, яку вони втратили. Згідно з цим поглядом, у батьків, які виявляють ознаки горя через кілька місяців після події, коли процес переживання горя «завершено неуспішно», то їм рекомендується інтенсивне консультування. Не всі погоджуються з цією інтерпретацією, кажучи, що жаль і смуток є природною та зрозумілою відповіддю на трагічний факт і не є показниками відкидання. Часто ці почуття співіснують з істинним задоволенням від спілкування з дитиною і захопленням її досягненнями. Деякі автори використовували вираз «хронічна скорбота» для опису печалі і жалю, які не проходять, ставлячи під сумнів термін «прийняття»: найчастіше неясно, що саме ми просимо батьків прийняти.

В обох підходах містяться корисні для практичної допомоги батькам висновки. Частина фахівців вважають: якщо батьки «взяли» дитину з особливими потребами, то можна припиняти втручання, коли прийняття буде досягнуто. Якщо батьки все ж переживають «хронічну скорботу», тоді очікування можуть бути спрямовані на полегшення проживання батьками амбівалентних почуттів і забезпечення підтримки в моменти кризи. Проведене за допомогою опитувальників дослідження показало, що горе, безсумнівно, переживається батьками значний відрізок часу, але воно здається, скоріше, періодичним, ніж постійно триваючим і з'являється головним чином в моменти наростання напруги. Стан постійного горя є незмінним. Деякі соціальні працівники передбачали саме таку відповідь, однак виявилось, що вони недооцінювали кількість труднощів і рівень стресу,

що спостерігаються у міру того, як дорослішає дитина. У різних джерелах представлені різні моделі і стадії реагування батьків на народження дитини з порушенням розвитку.

Виділяються фактори, що ускладнюють узагальнений опис динаміки емоційного стану батьків. По-перше, стадії встановлювалися виходячи з різних теоретичних підходів. Для опису однієї і тієї самої реакції використовувалися різні слова, що призводило до різних інтерпретацій одних і тих самих подій. По-друге, порівняння та узагальнення досліджень ускладнюється різницею методів, які включають спостереження, різноманітні техніки проведення інтерв'ю, вивчення окремих клінічних випадків. Досить імовірно, що різні методи вимірюють різні реакції, і що послідовних передбачуваних стадій не існує. На підставі аналізу фактів клінічної практики можна також припустити, що стадії не пов'язані з певним часом і можуть тривати дні, тижні, місяці і навіть роки. Передбачається, що існують три основні категорії відповідей, які можна описати в певній послідовності їх проживання — у три стадії.

Стадія 1 — «Первісна реакція». Включає шок, зневіру і заперечення діагнозу. Може включати відкидання дитини, втрату почуття реальності: здається, це все відбувається не з нами.

Стадія 2 — «Емоційна дезорганізація». Батьки переживають почуття провини, гніву на персонал за будь-які реальні або уявні складності з народженням, гніву на самих себе; печаль, розчарування, сором. Деякі звинувачують себе або своїх батьків за будь-які події під час вагітності, як би нерозумно це не було; намагаються піти назад в часі, відтворити вагітність з іншим результатом, шукають «рятівний засіб», обмежують соціальні контакти, занурюються в депресію.

Стадія 3 — «Емоційна організація». Період пристосування та прийняття. Модель переживання важкої втрати полегшує розуміння процесів, з яких складається пристосування до народження дитини з особливими потребами, але при глибокому розгляді в ній виявляються деякі недоліки. Батьки дітей з порушенням розвитку проявляють велику різноманітність у способах реагування на свої психічні травми. Очікування передбачуваної послідовної реакції від усіх батьків пов'язане з визначенням тих батьків, чиї почуття відрізняються

від очікуваних, які неадекватно пристосовуються. Якщо це трапляється, то виникає небезпека підгонки батьків під певну теоретичну модель, замість того щоб приймати індивідуальність їх реакції.

Стрес і адаптація. Звістка про проблеми дитини може надійти після ультразвукових досліджень, або може стати очевидним одразу після пологів, або ж йому передуватиме тривалий період невпевненості. Встановлення діагнозу або факту особливих потреб у дитини є початковою подією, що викликає стрес. Те, як батьки сприймуть факт порушення розвитку дитини, як будуть справлятися зі стресом, багато в чому залежить від способу повідомлення діагнозу. На думку батьків, *не існує хорошого способу повідомити батьків про інвалідність дитини, але є способи погані і дуже погані*, яких потрібно уникати. Зневажливі висловлювання, негативна інформація про дитину та неповага до переживань батьків посилюють стрес членів сім'ї. Використовувані на адресу дитини ярлики вплітаються в уявлення матері про її дитинку і можуть тривалий час впливати на формування відносин любові та прихильності. Батьки, які пережили негативний досвід повідомлення діагнозу дитини, вважають цінним наступне:

- інформація про проблеми дитини надається обом батькам одночасно;
- професіонал розмовляє з сім'єю в окремому приміщенні, конфіденційно;
- інформація виражається в доступних розумінню вражених батьків термінах;
- не використовуються ярлики, слова з негативним, знецінюючим значенням;
- у процесі зустрічі виділяється час на запитання батьків професіоналу;
- призначається повторна зустріч з професіоналом на наступний день, тому що виникають нові питання;
- якомога раніше надавати точну інформацію про стан дитини і перспективи розвитку, інформацію про служби, куди батьки можуть звернутися за допомогою;
- професіонал має вести себе з батьками як з рівними; наступні за повідомленням діагнозу зустрічі з батьками в пологовому

будинку можуть проводитися як фахівцями пологового будинку, так і професіоналами з програм ранньої допомоги — соціальним працівником, психологом, педагогом і представниками батьківських асоціацій, яких запрошують в пологовий будинок в разі народження дитини з особливими потребами.

На цьому етапі супроводу сім'ї найбільш важливо надати батькам можливість говорити про свої почуття, вислуховувати їх, надавати їм час для повторних зустрічей. При організації повідомлення діагнозу дитини членам сім'ї необхідно, щоб це відповідало наступним принципам роботи програм ранньої допомоги:

- партнерство з батьками;
- повага до стану, думки, досвіду батьків;
- повагу до дитини;
- принцип міждисциплінарної сімейно-центрованої роботи з дитиною і сім'єю.

Крім зміни підходів до повідомлення членам сім'ї діагнозу дитини виділено ще й інші умови, які впливають на здатність батьків впоратися зі стресом. Всі батьки відзначають важливість інформації про дитину, її здоров'я та стан розвитку, про наявність доступних медичних і освітніх служб, програм для дитини, соціально-психологічних програм для членів сім'ї, про інші сім'ї, які мають дітей з особливими потребами, батьківські асоціації, соціальні гарантії та права дитини і сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами. Сім'я повинна мати впевненість, що на кожному етапі розвитку дитини вона отримає адекватну допомогу, що служби скоординовані між собою і що в міру дорослішання дитини батьки отримуватимуть нову інформацію.

Починаючи супровід дитини з особливими потребами та її батьків у пологовому будинку, згідно з програмою ранньої допомоги, професіонали в міру встановлення довірчих відносин з родиною вступають у взаємодію з сильними і слабкими сторонами функціонування сім'ї, фантазіями, тривогами та побоюваннями батьків в зв'язку з дитиною і ними самими. На стереотипах сімейної взаємодії можуть несприятливо відбитися проблеми, пов'язані зі здоров'ям дитини, невідповідністю реальних досягнень дитини очікуванням та надіям батьків, невідповідність між виразом почуттів дитини і батька.

Інтенсивні емоційні переживання часто тягнуть за собою перегляд планів сім'ї, зміну сімейних ролей і побутової сторони життя. Виникає нова потреба в додаткових ресурсах, порушується нормальний ритм повсякденного життя сім'ї. Можуть виникнути фінансові проблеми, а також додаткові турботи, пов'язані зі станом здоров'я дитини, що нерідко тягне за собою і матеріальні витрати. Перераховані труднощі можуть призвести до зниження впевненості батьків у їх здатності забезпечити дитину необхідною турботою. Виникає відчуття невпевненості, яке найчастіше має довготривалі негативні наслідки, тому що сім'ї переконані: в міру розвитку їх дитини вони будуть і далі мати справу з проблемами.

Зміни у функціонуванні сім'ї, пов'язані з народженням дитини з особливими потребами, можуть бути як негайними, що швидко виникають, так і тривалими. Деякі батьки свідчать, що народження дитини з інвалідністю впливає також на самооцінку матері, на надії, пов'язані з кар'єрою, на економічне становище сім'ї. Дослідження показали, що батьки дітей з особливими потребами переживають стрес у відповідь на події, які ми наводимо відповідно до їх значущості:

- проблеми поведінки дитини;
- нічні занепокоєння;
- соціальна ізоляція;
- порушення взаєморозуміння в сім'ї;
- множинні порушення у дитини;
- захворювання та стан здоров'я дитини;
- проблеми із зовнішністю дитини;
- матеріальна забезпеченість.

Здатність сім'ї впоратися з кризою і адаптуватися до ситуації залежить від складної взаємодії таких чинників:

- попередній досвід виховання або спілкування зі своїми або чужими дітьми з особливими потребами;
- підтримка з боку друзів та членів сім'ї;
- доступність програм супроводу (значущість яких не зменшується з віком дитини).

Деякі автори вважають, що стратегії подолання мають бути різними для різних сімей та враховувати такі складові:

- здоров'я батьків;
- їх енергію та моральні настановки;
- вміння членів сім'ї вирішувати проблеми;
- соціальні зв'язки;
- дохід;
- приналежність до певного соціального класу;
- систему цінностей.

Супровід дитини з особливими потребами та її батьків організовується таким чином, щоб допомогти членам сім'ї адаптуватися до ситуації появи немовляти з порушеннями в розвитку, сприяти створенню оптимальних умов для розвитку дитини. Етапи обслуговування дитини та сім'ї і види допомоги (домашні візити, групи зустрічей для батьків, групи соціалізації для декількох батьків з дітьми тощо) будуються з урахуванням емоційного стану батьків та їх потреби у підтримці, інформації, висловленні почуттів, контакт з іншими батьками. Відповідно до динаміки переживань матері та членів сім'ї дитини індивідуальна робота може бути спрямована на допомогу батькам у встановленні контакту з дитиною, розумінні її сигналів. Наприклад, через моделювання ігрової взаємодії та аналіз відеоплівки професіонал підкреслює значущість соціально чуйної поведінки матері для розвитку немовляти, його здатності до спілкування, пізнання, руху.

Кожна зустріч з дитиною та батьками включає в себе розмову про їхні почуття, тривоги, обговорення нової інформації. Емоційна доступність професіоналів та їх спрямованість на дитину і сім'ю допомагає батькам перейти від відчаю, страху, тривоги до прийняття рішень, дій, організації оптимального досвіду для розвитку дитини, вибудовування нового ритму життя сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами.

7.2. Психологія соціальної роботи з дітьми, які пережили насильство в сім'ї

На даний момент не існує єдиного визначення насильства. Зарубіжні фахівці, зокрема К. Браун, вважають, що, крім злочинів, це поняття включає в себе примус або заохочення до дій або вчинків, які людина здійснювати не хоче; залучення кого-небудь в діяльність за допомогою обману або погроз; перешкоджання виконанню того,

що людина виконувати хоче; зловживання владою (в широкому сенсі цього слова). Також у поняття насильства входить нехтування батьками своїми обов'язками, приниження людської гідності і будь-яке порушення внутрішнього кордону особистісних переживань. Як правило, виділяють фізичне, вербальне, психологічне і сексуальне насильство, при цьому вербальне насильство може включатися в розуміння сутності психологічного насильства.

Існування феномена насильства по відношенню до дітей, а особливо сімейного насильства над дітьми, в більшості країн було визнано тільки в другій половині ХХ ст. Так, в США тільки в середині 1960-х років було затверджено закони, що передбачають юридичну відповідальність батьків за насильство над дітьми та нехтування батьківськими обов'язками; слідом за цим почали формуватися служби захисту дітей і центри допомоги сім'ї, з'явилися перші психологічні дослідження наслідків побиття дітей («синдром своєї дитини»).

Таке пізнє звернення психології до цієї теми культурно-історично обумовлене тим, що аж до початку ХХ ст. у суспільстві було широко поширена думка, що діти — всього лише вид власності дорослих. До дітей ставилися як до мініатюрних, неповноцінних людей протягом довгої історії людства, відображення такої позиції широко подане, наприклад, у художній літературі, образотворчому мистецтві. Філософи торкалися питань дитячого мислення. Ця точка зору стала поступово нівелюватися, тільки починаючи з епохи Відродження, коли батьки були позбавлені права на життя і смерть своєї дитини, але в основному аж до початку ХХ ст. внутрішній світ дитини та її проблеми не були предметом окремого вивчення.

Наприклад, у галузі психотерапії не існувало спеціального напрямку, присвяченого дітям. Будь-яке відхилення пояснювалося в термінах «поганих схильностей» або недоліків виховання. З. Фрейд був першим вченим, який вказав суспільству на психологічну глибину та важливість переживань дитини. Так, у роботі «Два випадки дитячої брехні», він прямо називає захисною амнезією схильність дорослих витіснити з пам'яті в глибину травматичний власний дитячий емоційний досвід. Саме тому дорослі часто ігнорують дитяче страждання, якщо вважають, що причина його «несерйозна».

Наприклад, хлопчик, плаче про зламану машину та заслуговує куди більшої уваги, ніж чоловік, який пошкодив свій автомобіль: у дитини набагато менше можливостей вибору, і вона не знає про способи заміщення страждання куди менше, ніж дорослі. Відзначимо, що є жорсткі або незрозумілі форми ігнорування почуттів дітей. Наприклад, висміювання або припинення спілкування з дитиною — як міра покарання за проступок — можуть бути формою емоційного насильства над нею.

Виділяють різні форми жорстокого поводження з дитиною. Фізичне нелюдське поводження визначається як будь-яке нанесення ушкодження дитині у віці до 18 років батьком або особою, яка здійснює догляд. Сексуальне насильство над дітьми — це використання дитини чи підлітка іншою особою для отримання сексуального задоволення. Нехтування — це хронічна нездатність батьків або особи, яка здійснює догляд, забезпечити основні потреби дитини, яка не досягла 18-річного віку: в їжі, одязі, житлі, медичному догляді, освіті, захисті та нагляду.

Психологічне насильство ділиться на психологічну зневагу та психологічне жорстоке поводження.

Психологічне нехтування — це послідовна нездатність батьків або особи, яка здійснює догляд, забезпечити дитині необхідні підтримку, увагу, почуття надійної прихильності.

Психологічне жорстоке поводження проявляються як хронічні негативні патерни поведінки: приниження, образа, знуцання та висміювання дитини. Такий поділ може бути корисним для досягнення глибшого теоретичного осмислення проблеми насильства над дітьми, але в реальності всі наведені вище форми, як правило, зустрічаються в поєднанні. Варто додати, що фізичне та сексуальне насильство поєднується з наявністю психологічного насильства, але не навпаки. Види психологічного та фізичного насильства менш вивчені, ніж сексуальне, тому що включають в себе дуже широкий спектр дій, суб'єктивна оцінка яких жертвою відіграє важливу роль. Сьогодні більшість фахівців в галузі надання допомоги дітям, які пережили насильство, відзначають, що механізми травматизації та психологічні наслідки при всіх формах насильства мають подібний характер.

У той же час існує інша точка зору, згідно з якою психологічні наслідки різних форм насильства мають суттєві відмінності. Необхідно відзначити, що тема насильства над дітьми зі зрозумілих причин сприймається людьми, особливо при зіткненні з нею вперше, вкрай важко. Нам, дорослим, не хочеться вірити, що діти можуть страждати від рук власних батьків, що злочини проти них далеко не завжди здійснюються «маньяками», що це може відбуватися по сусідству з нами, в нашому домі. В результаті багато хто відмовляється вірити в існування такої проблеми і сприймають її як надуману. Це дуже небезпечне уявлення, тому що фактично позбавляє людей, які пережили і переживають насильство, можливості звернутися за допомогою та отримати її.

У 1973 р. американський дослідник Р. Лайт встановив, що щорічно в США відбувається приблизно 1 500 000 випадків всіх видів поганого поводження з дітьми. Відповідно до досліджень 1987 р. число випадків насильства на той момент збільшилася на 74%, що пов'язують не зі збільшенням числа таких випадків, а з поліпшенням функціонування служб допомоги жертвам насильства і зі зміною громадської думки з цього питання.

Д. Фінкелхор, провівши аналіз численних досліджень, дійшов висновку, що в Західній Європі і Північній Америці кількість жертв сексуального насильства в сім'ї в дитинстві коливається: серед жінок — від 7 до 36%, а серед чоловіків — від 3 до 29 %. Він також зробив висновок, що найбільш реалістичними є такі цифри: 20–30% жінок і 10–15 % чоловіків пережили сексуальне насильство в сім'ї у віці до 18 років. Відповідно до інших досліджень, сексуальному насильству піддаються 20–30% дівчаток у віці до 14 років і 10% хлопчиків, причому в 75% випадків агресор є знайомим дитині і в 45% випадків — це близький родич або друг сім'ї.

Дослідження поширеності фізичного насильства над дітьми проводити вкрай складно через відсутності чіткого визначення цього явища. Тому таких досліджень мало, і далеко не всі вони заслуговують на довіру. Дані, що відображають поширеність тільки крайніх форм фізичного насильства у відношенні до дітей (нанесення тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості), показують, наприклад, що в США від 11 до 14% дітей в рік отримують серйозні травми

від рук батьків та інших близьких родичів. Ретроспективні дослідження на вибірках студентів показують, що від 10–20 % учнів переживали в дитинстві фізичне насильство з боку батьків, що приводить до травм (синців, шрамів, порізів). Організації з захисту дитинства наводять такі дані: в США від 1 000 до 5 000 дітей в рік гинуть в результаті як випадкових, так і навмисних дій батьків.

Згідно зі статистикою МВС, у Російській Федерації близько 1 000 000 безпритульних дітей. Недержавні організації стверджують, що реальна цифра в два-три рази вища. Відомо, що тільки в 1989 р. 2 000 дітей покінчили життя самогубством через прояв насильства в сім'ї. Все це говорить про серйозність проблеми насильства над дітьми, а відсутність більш точної інформації вказує на недооцінку важливості цієї проблеми не тільки громадськістю, а й фахівцями. Необхідно розуміти, що психолог, який займається практичною діяльністю, може зіткнутися з проблемою насильства над дитиною, працюючи навіть у галузі, прямо не пов'язаної з соціальними питаннями.

Діти, які пережили насильство в сім'ї, або дорослі, які пройшли через це в дитинстві, можуть відчувати серйозні психологічні труднощі і потребувати професійної допомоги. Таким чином, людина, яка постраждала в сім'ї, може прийти на прийом до практичного психолога, консультанта за допомогою, яку той буде не в силах надати, якщо не матиме правильного уявлення про феномен насильства над дітьми в сім'ї. Деякі люди прагнуть заперечувати саму наявність фактів жорстокого поводження з дітьми. Це нормальна захисна реакція, на яку людина має право, однак фахівці, що працюють з людьми, не можуть дозволити собі ігнорувати цю область.

Крім того, велика кількість жертв насильства з різних причин ніколи відкрито не звертаються за допомогою. Особливо рідко про це розказують діти, і тим не менше допомога їм потрібна. Отже, люди, що працюють з дітьми (у школах, дитячих садках, поліклініках і лікарнях), повинні знати про існування фактів насильства в сім'ї, про можливі ознаки пережитого насильства і способи надання допомоги цим дітям, тому що насильство, пережите в дитинстві, не тільки призводить до виникнення психологічних труднощів у дитини, а й чинить серйозний деформуючий вплив на весь подальший розвиток особистості.

Тема фізичного і сексуального насильства в сім'ї належить до сфери професійного інтересу не тільки юриспруденції та соціальної роботи, а й до психології — через наявності серйозних психологічних наслідків цих явищ. Спектр таких наслідків вкрай широкий і може спостерігатися в різних сферах життя людини. Для психологів це питання представляє великий інтерес, по-перше, тому що жертви насильства потребують своєчасної допомоги, а також тому, що пережите насильство може бути прихованою причиною труднощів, з якими клієнт звертається до психолога. Отже, без розуміння того, який вплив насильство чинить на психіку дитини, надання допомоги досить великій категорії клієнтів може бути утрудненим.

Насильство, пережите в сім'ї, має великий вплив на весь подальший психічний розвиток дитини, зачіпає як емоційну, так і інтелектуальну та поведінкову сфери. Наслідки можуть бути дуже серйозними, тому що розвиток дитини відбувається великою мірою як би через призму досвіду його батьків. Саме від них залежать його інтелектуальний, емоційний і соціальний розвиток, уявлення про світ і про себе. Насильство з боку батьків або іншої близької людини сприймається як підла зрада, світ перестає бути стійким і безпечним. Весь розвиток дитини спотворюється, як в кривому дзеркалі: адже для дитини — який батько, такий і весь світ, і він сам.

Посттравматичний стрес може бути наслідком насильства.

Порушення, що розвиваються після пережитого насильства, зачіпають всі рівні функціонування людини (фізіологічний, особистісний, міжособистісний) і можуть призводити до стійких особистісних змін не тільки у людей, які безпосередньо його пережили, а й у людей, які їх оточують (наприклад, у членів сім'ї). Одне з поширеніших наслідків насильства, пережитого в сім'ї, — посттравматичний стрес. Для людини в цьому стані характерною є *повторюване переживання травмуючої події*. Це може відбуватися в різних формах. Сюди відносяться повторювані спогади про події насильства, незважаючи на прагнення людини забути про це. У дітей можуть спостерігатися повторювані ігри, в яких відображаються елементи травматичного досвіду (на характер цих ігор варто звертати увагу при проведенні ігрової терапії). Можуть спостерігатися повторювані нічні кошмари,

інтенсивні негативні переживання при зіткненні зі стимулами, які чимось нагадують (символізують), пережиту травму, супроводжувану фізіологічними реакціями.

Людина, яка пережила травму, може почати уникати всього, що якимось чином може нагадати про неї, і навіть може бути не здатна повною мірою відновити у пам'яті те, що з нею сталося. Найчастіше таке витіснення починає відігравати значну роль у подальшому житті жертви насильства. Так, може бути втрачений інтерес до того, що раніше займало, виникнути відчуття відчуження від близьких, що, в свою чергу, може привести до ізоляції та порушень соціальної адаптації. Може бути втрачена здатність відчувати сильні почуття, що часто спостерігається у дітей — жертв сексуального насильства. Іншим можливим наслідком посттравматичного стресу може бути виникнення почуття «укороченого майбутнього», наприклад дитина навіть у фантазіях і мріях не може уявити себе дорослою. У людей, які страждають від посттравматичного стресу, можуть також спостерігатися *наступні порушення*:

- порушення сну;
- дратівливість;
- гіперреактивність;
- порушення пам'яті та концентрації уваги.

Необхідно згадати, що людина, яка пережила насильство та знаходиться в стані посттравматичного стресу, живе у постійній напрузі, чекаючи повторення насильства, а це, в свою чергу, позначається на її повсякденному житті:

- наприклад, різке зниження успішності у дитини, яка пережила насильство;
- людина, котра перенесла травму, може повністю поміняти свої погляди на світ, причому часто на зміну одним ілюзіям приходять інші — замість віри в те, що «світ справедливий і впорядкований», приходить переконання в повній несправедливості і непередбачуваності світу;
- результатом такого переконання може стати те, що дитина нікому не розповідає про те, що сталося; все зрозумілішими стають відомі випадки, коли дитина, яка пережила насильство, не хотіла

залишати сім'ю, де це сталося, боялася усиновлення, припускаючи, що всі у світі батьки погано поведуться зі своїми дітьми;

- жертва насильства часто прагне повністю забути про те, що сталося;
- але існує й інший варіант, коли людина, що пройшла через насильство, може намагатися як би заново пережити травматичну ситуацію, щоб нарешті вирішити її; на жаль, такі спроби змінити минуле призводять тільки до повторної травматизації;
- іншим наслідком травми може стати зловживання алкоголем та наркотичними речовинами; зловживання наркотиками вважається одним з поширених способів реакції на насильство у підлітків.

Отже, насильство, пережите в сім'ї, часто тягне за собою розвиток посттравматичного стресу. Цей стан є вкрай важким і при відсутності своєчасної допомоги може призвести до виникнення численних психологічних і соціальних розладів.

7.3. Психологія соціальної роботи з дітьми — соціальними сиротами

Соціальні сироти — це діти, які мають батьків, але залишилися без їх піклування. На жаль, в останні роки кількість таких дітей та підлітків постійно збільшується. Турботу про них бере на себе держава. Серед вихованців державних установ лише 5 % не мають батьків, від 95 % — діти, батьки яких з різних причин відмовилися або були позбавлені батьківських прав.

В останнє десятиліття поряд з наявними дитячими будинками та школами-інтернатами з'явилися соціально-реабілітаційні центри, притулки для короткочасного і тривалого проживання, соціальні готелі для безпритульних дітей, служби соціально-психологічної допомоги для підлітків після виходу їх з інтернатного закладу. Їх специфіку визначає *особливий соціально-психологічний статус дітей — кризовий або психологічний стан*, який є наслідком зради батьків, пережитого насильства, шкільної дезадаптації, перебування на вулиці в асоціальному середовищі.

До завдань цих установ входить багато функцій:

- зняти гостроту психічної напруги;
- провести первинну адаптацію дитини до життя в соціально здоровому середовищі;

- здійснити профілактичну роботу з попередження відхилень у поведінці дітей;
- відновити або компенсувати втрачені соціальні зв'язки;
- повернути дитину до звичайних форм людської життєдіяльності — гри, навчання, праці, спілкування.

У листопаді 1989 р. був розроблений і затверджений перший варіант Конвенції ООН про права дитини. У 1990 р. прийнята Всесвітня декларація про забезпечення виживання, захисту і розвитку дітей. Таким чином, міжнародне співтовариство об'єдналося для захисту дітей, визнало пріоритетність їх інтересів для благополуччя та виживання людства.

При вивченні випадків соціального сирітства проявляється складна комбінація обставин, коли мати кидає свою дитину, керуючись своїми міркуваннями, а батько в той же час, за своїми міркуваннями, не хоче або не може виконувати батьківські обов'язки. В результаті дитина залишається повністю беззахисною. Спеціальні дослідження, проведені під керівництвом В. Брутман, показують, що відмова від материнства є складним і малозрозумілим явищем. У ньому присутні соціальні, економічні, моральні, сімейні, а головне — психологічні та навіть психіатричні фактори, що, на жаль, поки що ніким не враховується.

Серед соціальних сиріт є і діти-інваліди. Причин цього багато: неможливість утримувати дитину-інваліда в сім'ї через нестачу коштів, зайнятість матері і батька на роботі, психологічна неготовність сім'ї виховувати таку дитину, відсутність до неї батьківських почуттів. Коріння соціального сирітства різні за своєю глибиною: одні можуть йти далеко і найтіснішим чином бути пов'язаними з негативними соціальними явищами, інші лежать як би на поверхні. Необхідно не тільки і не стільки боротися з наслідками, скільки докласти зусиль для запобігання цього явища. Очевидно, що для скорочення кількості соціальних сиріт потрібно не тільки підтримувати створення різноманітних форм установ. Необхідно в центр уваги поставити сім'ю, допомогти їй в матеріальній, соціальній та психологічній сферах, створити умови і можливості для виховання дітей у сім'ї.

А. Прихожан і Н. Толстих, які вивчали становлення особистості дітей, які виховуються в дитячих будинках, досліджували формування образу «Я», його зміст і виявляли в ньому ставлення дітей до себе.

Причинами неблагополучного шляху формування самосвідомості у дітей в таких умовах виховання вони вважають:

- часту змінюваність дорослих в установі, що розриває безперервність відносин і досвіду дитини;
- педагогічну позицію дорослого, при якій дитина є об'єктом догляду, виховання і навчання, на відміну від позиції дорослого в родині, як того, хто дає життя;
- груповий підхід до дітей і відсутність емоційного контакту з дорослими, що тягне недиференційованість і неусвідомленість дитиною свого «Я»;
- жорстку регламентацію всіх дій дитини в установі, що не залишає можливості вибору і відповідальності.

Значна частина дітей стають сиротами вже в пологовому будинку внаслідок відмови від них матерів. Приводи і причини відмов від немовлят різноманітні. Соціологічне дослідження, проведене В. Брутман, С. Еніколовим, А. Північним, М. Панкратовою, М. Родіоною, В. Черніковою підтвердило вже опубліковані дані зарубіжних дослідників про те, що найважливішими середовищними факторами, що призводять до відмови жінки від новонародженого, є такі:

- її слабка матеріальна самостійність, низький достаток;
- втрата шлюбного і статевого партнера;
- низький культурний і освітній рівень жінки;
- ригідні патріархальні соціальні установки батьківської сім'ї.

Важливе значення мають соціальні умови формування особистості дівчинки: патогенним, наприклад, є виховання в умовах деспотичної сім'ї або в стані психологічної та фактичної покинутості при живих батьках.

Дані психологічних досліджень говорять про те, що *жінки, котрі залишають дітей*, характеризуються такими вираженими особистісними особливостями:

- особистісна і емоційна незрілість;
- залежність;
- афективна нестриманість;
- низька толерантність до стресів;
- амбівалентність настанов на материнство.

Це робить їх особливо залежними від негативного впливу соціального оточення. Саме жінки із соціально незахищених груп особливо схильні до стресів, депресій під час вагітності, а також алкоголізму та наркоманії. Це такі порушення, які самі по собі можуть змінювати світогляд жінки, породжувати невпевненість у власних силах, відчуття втрати перспективи, невіра в завтрашній день і тим самим сприяти відмові від материнства.

Негативний вплив на розвиток дитини можуть надавати:

- порушення не тільки в соматичній, але й в психічній сфері вагітної жінки;
- одним з найбільш потужних психотравмуючих факторів для майбутньої матері є, наприклад, *виношування небажаної вагітності*; це одна з причин того, що багато «відмовних» дітей, навіть, при гарному догляді виростають з відхиленнями в поведінці, мають інтелектуальні та невротичні розлади;
- порушення розвитку в перші роки життя у дітей, залишених матерями одразу після народження, які живуть з дитинства у сирітських установах, пов'язують з *пре- і постнатальними ушкодженнями плода*, зі *спотвореннями в постнатальному розвитку через з ранню депривацію* (обмеження або позбавлення) контактів з матір'ю;
- зовні благополучні умови будинків дитини, при всій їх значущості, не відіграють провідної ролі в картині психічного стану дітей.

Основним патогенним фактором є — власне — сирітство, тим більш значуще, ніж в більш ранньому віці порушений зв'язок «мати — дитя». У немовлят, які виховуються без батьків, *значно пізніше, ніж у дітей з сім'ї, виникає потреба у спілкуванні з дорослим і оформлюється безпосередньо-емоційне спілкування* («комплекс поживавлення»). Мімічні реакції, жестикуляторні, загальні моторні реакції, звукові в «комплексі поживавлення» загальмовані або просто нерозвинені.

У другому півріччі життя у цих дітей не виникають афективно-особистісні зв'язки з дорослим: вони не прагнуть розділити з ним свої емоції, не шукають у нього співпереживання в новій або лякаючій ситуації, як це роблять діти в сім'ях. Все це призводить до зниження загальної, в тому числі емоційної та пізнавальної, активності дітей.

Саме спілкування відрізняється млявістю, безініціативністю, бідністю комунікативних засобів, це проявляється у збідненні емоційного реагування на оклик, людську мову, тихий голос, новизну обстановки, на персонал, що оточує дитину.

У віці від року до трьох років додається — до вже наявних психологічних характеристик — додатковий ряд особливостей, що відрізняють вихованців будинків дитини від їх однолітків з родини:

- знижена допитливість;
- відставання в розвитку мови;
- затримка в оволодінні предметними діями;
- емоційна нечутливість щодо відношення дорослого;
- відсутність прагнення до самостійності;
- відсутність тенденцій до партнерства в ігровій діяльності.

У дітей, які виховувалися за межами сім'ї, констатовано також несприйнятливості до зразків поведінки, до оцінки дорослого: похвала слабо впливає на інтенсифікацію діяльності дитини, а осуд зовсім не змінює її. В цілому позитивна та негативна оцінки з боку дорослого не диференціюються.

Розлука з матір'ю на першому році життя призводить до депресивних розладів дитини. *Клінічні симптоми депресії* зачіпають три сфери: емоційну, моторну та пізнавальну.

Емоційні порушення проявляються депресивним настроєм у вигляді смутку, апатії, байдужості. Рухові порушення в рамках депресивних розладів характеризуються малою виразністю міміки. Мають місце стереотипні і звичні дії — смоктання пальців, крутіння волосся, одягу, гра з пальцями рук, обкушування губ, пальчиків, висмикування волосся, дряпання. Виявлено також особливі пози, в яких дитина як би вся стискається, опускає голову, підносить руки до грудей, прикриваючи долонями обличчя, застигає в нерухомості, мовчанні, погляд стає відчуженим. Загальмованість пізнавальних реакцій проявляється у зниженні загальної активності, слабкому розвитку ігрової діяльності. Вивчення особливостей дітей, які перебувають в будинках дитини, дозволили К. Солоїд, Г. Козловській, В. Башиній, М. Проселковій зробити такі висновки:

- глибина затримки розумового розвитку дітей зростає зі збільшенням терміну перебування в будинку дитини;

- у всіх дітей незалежно від рівня розумового розвитку виявлено поступову поглибленість емоційного дефіциту;
- найбільш незміненою в умовах депривації залишається реакція на тактильні подразники;
- у дітей відсутні побутові знання, зазвичай доступні дітям із затриманим розвитком зі звичайного середовища, але випереджуюче розвинені навички самообслуговування, користування ложкою;
- у всіх обстежених дітей є широке коло невротичних розладів, які виявляються переважно в психосоматичних реакціях.

Перелічене коло розладів спілкування, емоційної сфери, соціалізації, зазначені у вихованців будинку дитини, швидше за все, відносяться до станів, які потребують подальшого вивчення з метою їх науково обґрунтованої реабілітації та створення спеціальних програм для допомоги в розвитку дітям-сиротам. З останнім положенням узгоджуються дані дитячих психоаналітиків про розвиток помилкового аутизму, тобто аутизмоподібних станів, у дітей, якими нехтують батьки в сім'ях. Дуже часто цей діагноз в дитячих психіатричних закладах ставиться за поверхневими формальними ознаками, і проводиться медикаментозне лікування, яке не покращує, а погіршує стан «відходу» дитини від оточуючих.

Спостереження співробітників державних установ показують, що дошкільнят в умовах депривації дитячо-батьківських відносин відрізняє підвищена «ситуативність», яка проявляється в самих різних сферах діяльності особистості дитини — у спілкуванні, мисленні, бажаннях і діях. У дошкільнят, які живуть в дитячих будинках або притулках, слабо розвинений тимчасовий план дій, вони не виділяють і не фіксують у свідомості своїх дій, не планують майбутніх дій. Їх минуле та майбутнє пов'язані тільки з режимними моментами («спати, їсти, гуляти») і обмежуються одним днем. Звертає на себе увагу знижена ініціативність у спілкуванні: наприклад, діти в дитячому будинку звертаються до дорослого в п'ять—десять разів рідше, ніж діти в дитячому садку.

У дошкільнят в дитячих будинках часто з'являються психогенні реакції на умови виховання:

- плаксивість;
- пригніченість;

- загальмованість або, навпаки, дратівливість, яка завжди інтерпретується дорослими як агресивність;
- виявляються знижена емоційність;
- пасивність у всіх видах діяльності.

Від своїх «домашніх» однолітків 7–10-річні вихованці державних установ відрізняються дисгармонійністю розвитку інтелектуальної сфери, нерозвиненістю довільних форм поведінки, підвищеною агресивністю, невмінням вирішувати конфлікти. Те, що в дитячому закладі дитина постійно змушена спілкуватися з однією і тією самою заданою групою однолітків, не сприяє розвитку навичок спілкування з іншими однолітками, діти не вміють адекватно оцінити свої якості, не вміють будувати рівноправні відносини з незнайомими однолітками. Діти звикають підкорятися вимогам вихователів, «жити за інструкцією», що, природно, не допомагає самостійно вирішувати труднощі, що виникають.

Агресивність дітей, які залишилися без піклування батьків, можна пояснити їх незадоволеною потребою у батьківській любові. У них не сформувалась базова довіра до світу, не задоволені і багато інших потреб: у самоствердженні, в емоційному комфорті, у визнання своєї цінності з боку оточуючих, у ставленні до дорослого як до ідеалу.

Р. Берн відзначав, що якщо «Я»-концепція формується в умовах депривації відносин з матір'ю, то вона часто позбавлена позитивного змісту, вкрай вразлива і захищає себе за допомогою ворожості до інших людей.

Соціально-психологічні особливості підлітків, які залишилися без піклування батьків. У підлітка більш змістовними і різноманітними стають стосунки з іншими дітьми і дорослими, значно розширюється сфера діяльності, він більшою мірою орієнтується на думки однолітків, друзів і свої власні оцінки, ніж на думку дорослих. Виховання дитини поза сім'єю, як правило, спотворює її уявлення про саму себе, вона не отримує від оточуючих підтримки і зацікавленої уваги; у підлітковому віці вона не володіє всім набором навичок соціальної поведінки, необхідних для успішної соціальної адаптації.

Психологічні дослідження показують неадекватність самооцінки у більшості дезадаптованих підлітків. Деякі з них мають завищений рівень домагань, переоцінюють свої можливості.

Зарубіжні та вітчизняні дослідники — залежно від терміну перебування у вуличному середовищі — виділяють *три рівні дезадаптації безпритульних підлітків*:

- перший — підлітки, які пробули там не більше місяця і ще не встигли адаптуватися до цих умов;
- другий — підлітки, які пробули на вулиці від місяця до року; вони набувають досвіду вживання алкоголю, наркотиків, наражаються на ризик жорстокого поводження та насильства;
- третій — підлітків, які залишили свій будинок або виховний заклад понад рік тому; вони нерідко набувають криміногенного досвіду; їх соціально-психологічна дезадаптація виражається в широкому спектрі деформацій особистості; для підлітків цього рівня дезадаптації характерні низький ступінь соціальної нормативності, спотворення ціннісних орієнтацій, відсутність тимчасової перспективи.

У підлітків 12–14 років і старше проявляються різноманітні психопатичні риси характеру. Тим, які виховуються в притулку, найчастіше властивий нестійкий, істероїдний або лабільний вид акцентуації характеру. А. Личко при описі акцентуації характеру відзначав, що підлітки істероїдного типу з дитинства звикли бути в центрі уваги, прагнуть будь-якими засобами домогтися захоплення, визнання, співчуття, перебільшують свої здібності, розповідають про неіснуючі «подвиги» і досягненнях, схильні до фантазування, готові на неадекватні та екстравагантні дії, щоб привернути втрачену увагу.

Основні ознаки нестійкого виду акцентуації характеру — легке підпорядкування чужому впливу, безвольність, відсутність цілеспрямованості, схильність до дозвільного проведення часу. Підлітки з таким типом акцентуації легко втягуються в асоціальні групи, схильні до делінквентної (протиправної) поведінки: крадіжок, розбою, хуліганства. Висока ймовірність прийому наркотиків або алкоголю. Втечі з дому або виховних установ служать прагненню уникнути покарань або труднощів.

Акцентуація лабільного виду зустрічається у 20 % підлітків. Для них характерні підвищена чутливість до чужої думки, загострена вразливість, часта зміна настрою. Особливо болючі для підлітків

цього типу відкидання з боку значущих людей, розлука і втрата близьких. Можливі гострі афективні реакції, такі підлітки через емоційні переживання здатні в афективному стані до вчинення самогубства. Грубі порушення поведінки даного типу підлітків невластиві.

Виховання дитини поза сім'єю або в умовах інших форм емоційної депривації призводить до того, що в підлітковому віці вона не має всіх тих навичок соціальної поведінки, які необхідні для успішної адаптації в суспільстві. Цілеспрямована допомога у формуванні широкого репертуару життєвих навичок може в деякій мірі компенсувати цю недостатність. Для соціалізації дітей, їх соціальної адаптації необхідна постійна робота, спрямована на розвиток і навчання дітей. Це робота педагогів, вихователів, соціальних працівників, психологів і всього колективу установи.

Теми доповідей

1. Психологічні особливості проживання кризи і втрати: соціально-психологічна допомога і підтримка.
2. Феномен посттравматичного стресового стану: психологічна допомога.
3. Проблема суїциду і суїцидальної поведінки з точки зору соціально-психологічної реабілітації.
4. Загальні принципи і розвиток сімейної психореабілітації.
5. Основи групової терапевтичної соціальної роботи.
6. Психодинамічні механізми емоційних та поведінкових розладів у дітей та підлітків.
7. Програми раннього втручання: соціально-психологічна допомога новонародженим і дітям раннього віку.
8. Соціально-психологічна допомога дітям дошкільного віку.
9. Соціально-психологічна допомога дітям молодшого шкільного віку.
10. Підліткові групи ризику: характеристика.
11. Соціально-психологічна допомога підліткам групи ризику.

Контрольні питання

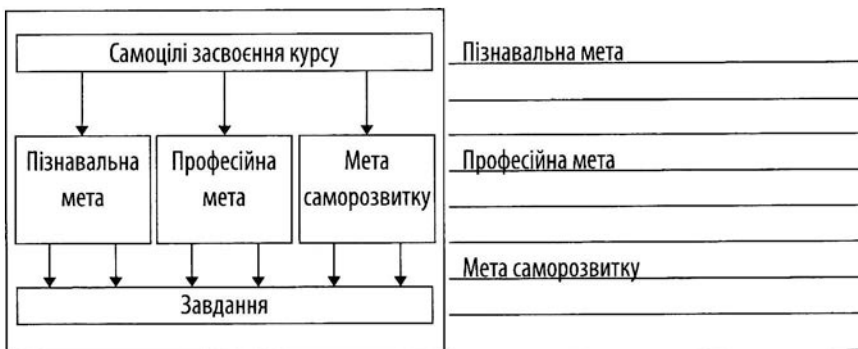
1. Що являє собою соціально-психологічна допомога немовлятам та дітям раннього віку?
2. Які напрямки підтримки батьків дітей з особливими потребами Ви знаєте?
3. Що передбачає психолого-соціальна робота з дітьми, які пережили насильство в сім'ї?
4. Які напрямки психолого-соціальної роботи з дітьми — соціальними сиротами можна виділити?
5. Як здійснюється психологічна допомога підліткам?
6. До чого призводить виховання дитини поза сім'єю?
7. Які психологічні особливості характерні для дошкільнят і молодших школярів — соціальних сиріт?
8. Які три рівні дезадаптації характерні для безпритульних підлітків?
9. Що є характерним для стадіальної динаміки емоційного стану батьків дітей з особливими потребами?
10. Які види акцентуацій виявляються найчастіше у підлітків 12–14 років і старше, які виховуються в притулку?
11. Які психогенні реакції на умови виховання зустрічаються часто у дошкільнят в дитячих будинках?
12. Чим відрізняються від своїх «домашніх» однолітків 7–10-річні вихованці державних установ?
13. Які найважливіші середовищні фактори призводять до відмови жінки від новонародженого?
14. Що є характерним для посттравматичного стресу як наслідка насильства?

ТЕМА 8. ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РОБОТИ З ІНВАЛІДАМИ ТА В МІСЦЯХ ПОЗБАВЛЕННЯ ВОЛІ

План

- 8.1. Соціально-психологічна допомога інвалідам.
- 8.2. Психологічна допомога в місцях позбавлення волі.

Ключові терміни: інвалід, ресоціалізація, відновлювальна терапія, реабілітаційна терапія, психологічна допомога, поведінка, що відхиляється, злочинна поведінка, кримінальний світ.



8.1. Соціально-психологічна допомога інвалідам

Згідно з «Декларацією про права інвалідів», прийнятою Генеральною Асамблеєю ООН 9 грудня 1971 р., інвалідом визнається особа, яка не може самостійно забезпечити повністю або частково потреби нормального особистого або соціального життя через наявність вроджених або набутих недоліків і потребує соціальної допомоги та захисту. Обмеження життєдіяльності інвалідів виражається в повній або частковій втраті ними здатності здійснювати самообслуговування, пересування, орієнтацію, спілкування, контроль за своєю поведінкою, а також займатися трудовою діяльністю.

Частина інвалідів потребує постійного догляду (81 %), частина пересувається за допомогою милиць або крісел-візків (50 %), інші

пересуваються самотійно. Згідно з тими ж дослідженнями, 11 % інвалідів не можуть обслуговувати себе, 33 % обслуговують себе частково. В ході роботи з інвалідами, особливо молодими, також, як і з літніми людьми, необхідно розуміти і враховувати їх психологічні особливості. Зокрема, на відміну від літніх з відносно обмеженими потребами, молоді інваліди прагнуть здобути освіту, професію та працевлаштуватися, задовольнити потреби в створенні сім'ї, в різноманітному дозвіллі, в спорті тощо. Разом з тим, порівняно зі здоровими людьми, для інвалідів характерним є низький рівень групової згуртованості, недостатня сформованість соціально значущих цілей, дефіцит інформації, обмеженість соціальних зв'язків і контактів через вади слуху, зору і звідси — збіднення соціального досвіду.

Всі ці особливості диктують необхідність використання для роботи з цією групою населення найрізноманітніших форм і методів:

- створення відповідних умов життя в інтернаті;
- проведення терапії середовищем, працею, побутом тощо.

Розуміння в необхідних межах і облік психофізіологічних особливостей, змін особистісного плану особливо важливі в процесі роботи з психічними хворими та інвалідами, які перебувають в психоневрологічних інтернатах. Залежно від ступеня змін психіки, розумової відсталості, порушень емоційної сфери (олігофренія в різних формах, шизофренія та ін.) соціально-психологічна реабілітація цієї категорії інвалідів вимагає застосування специфічних форм і методів соціальної роботи.

При психічних захворюваннях, на відміну від інших, значно порушуються соціальні зв'язки і відносини — захворює не якийсь орган, а в цілому особистість. Тому *реабілітація психічно хворих виступає як їх ресоціалізація*. Корекція особистісних реакцій відбувається залежно від успіху «основного» комплексу заходів з відновлення (реституції) або компенсації порушених функцій.

З цим пов'язана *специфіка основних етапів соціально-психологічної реабілітації психічно хворих*. У психіатричній літературі виділяється три основні етапи реабілітації.

Етап 1 — «Відновний» — відновна терапія як засіб досягнення реадaptaції та реабілітації. Основне завдання на цьому етапі —

запобігання формуванню психічних порушень, зокрема, явища госпіталізму, тобто нівелювання індивідуальних особливостей особистості в результаті знаходження пацієнта в загальних одноманітних умовах стаціонару, відриву від зовнішніх соціальних зв'язків тощо. Медикаментозні засоби лікування тут треба поєднувати з психосоціальними методами (терапією середовищем, зайнятістю позитивними формами діяльності, психотерапією, лікувальною фізкультурою тощо).

Етап 2 — «Реадаптаційний» — терапія хворих, яка має на меті пристосування інвалідів — тією чи іншою мірою — до умов зовнішнього середовища. Основними тут є психосоціальні методи впливу, що стимулюють соціальну активність хворих. Найважливіше значення має трудова терапія, навчання або перенавчання нової професії, а також спеціальна педагогічна (виховна) психотерапевтична робота, що проводиться з хворими та їхніми родичами (навчання «вміння жити», «вміння працювати», «вміння спілкуватися з людьми»). Важливу роль відіграє спілкування хворих зі здоровими, лікування зайнятістю, культуротерапія, лікувальна фізкультура. Біологічне лікування обмежується тут підтримувальними дозами психотропних препаратів;

Етап 3 — «Реабілітаційний» (реабілітація у власному розумінні) — відновлення хворого в правах, його індивідуальної і суспільної цінності, колишніх соціальних зв'язків, допомога у працевлаштуванні та побуті. Реабілітація на цьому етапі проходить у позалікарняних умовах (надомна праця, робота в лікувально-виробничих майстернях, спеціальних цехах або на звичайному підприємстві).

Поряд зі стаціонарними формами важливе значення у соціально-психологічній роботі з інвалідами має обслуговування в домашніх умовах. Основними його організаційними формами є відділення соціальної допомоги на дому, відділення спеціалізованої соціальної допомоги на дому, служба термінової соціальної допомоги, відділення денного перебування та ін. У процесі психосоціальної роботи соціальний працівник використовує тут різноманітні форми діяльності:

- виявляє і допомагає в організації в прикріпленні до центрів соціального обслуговування літніх осіб і інвалідів;
- сприяє реалізації пільг інвалідам;
- виявляє структуру сім'ї (повна, неповна, наявність самотніх і т. д.);

- надає допомогу у відновленні зв'язків інвалідів з трудовими колективами;
- в ряді випадків допомагає «гасити» сімейні конфлікти (з урахуванням всієї делікатності цієї сфери побуту);
- надає допомогу в організації медичного обслуговування (виклик дільничного лікаря, вузьких фахівців);
- допомагає літнім та інвалідам в соціально-побутових питаннях (у використанні послуг пральні, хімчистки, в прибиранні квартири, доставці продуктів і медикаментів тощо).

В цілому вся ця різноманітна діяльність соціальних працівників має на меті надати даним групам населення соціально-організаційну допомогу, морально-психологічну підтримку і тим самим поліпшити їх соціально-психологічну адаптацію.

8.2. Психологічна допомога в місцях позбавлення волі

В кінці ХХ ст. злочинність стала однією з найактуальніших проблем внутрішнього розвитку в усіх країнах світу — незалежно від їх економічного та політичного статусу. Її зростання зафіксоване не тільки там, де економіка опинилася в глибокій кризі, а й в досить благополучних державах Західної Європи і Північної Америки.

За останні роки кримінологією виявлено ряд тенденцій в розвитку злочинності, які свідчать про її якісне переродження:

- по-перше, збільшилася кількість заздалегідь підготовлених злочинів, що відрізняються особливою зухвалістю, витонченістю, жорстокістю: замовних вбивств, шахрайств із використанням складної комп'ютерної техніки тощо;
- по-друге, збільшилася кількість злочинів, скоєних представниками так званих «груп ризику»: бомжами, алкоголіками, наркоманами, повіями; виріс і кількісний склад цих груп;
- по-третє, зросла кількість злочинів, які позбавлені мотиву і зовні виглядають безглуздими;
- по-четверте, сильно змінилися соціально-психологічні характеристики осіб, які вчиняють злочини; якщо раніше злочини здійснювали особи з люмпенізованих верств населення, то зараз велика кількість злочинців виходить з середньо- та високозабез-

печених верств; збільшилася кількість злочинів, які скоєні представниками середнього та вищого класів.

Проблема злочинної, протиправної поведінки та поведінки, що відхиляється, стала однією з найбільш серйозних соціальних і психологічних проблем нашого часу. *Відхилена, або асоціальна поведінка* — це система вчинків або окремі вчинки, що суперечать прийнятим у суспільстві правовим чи моральним нормам. Злочинна і кримінальна поведінка карається, ці види тісно пов'язані з аморальною поведінкою, та є основними видами асоціальної поведінки.

Традиційно злочинними вважаються ті дії, які регулюються правовими нормами і спрямовані проти життя, особистості, власності та держави. За їх вчинення людина і оголошується «злочинцем». Тому говорити про те, що злочинець — це людина, що володіє певним набором специфічних особистісних рис, що складають його «психологічний портрет», годі й говорити.

Злочинна поведінка — частина ширшої проблеми, проблеми поведінки, що відхиляється. У визначенні нормальної та аномальної поведінки велику роль відіграє проблема розмежування норми і патології. Ця проблема важлива не тільки при визначенні міри відповідальності (осудність чи неосудність, спонукальні мотиви скоєння злочину, психологічний стан жертви і злочинця на момент вчинення злочину), але і при організації роботи зі злочинцем у місцях виконання покарання.

Кримінальний світ являє собою середовище місць ув'язнення — особливий світ зі своїми законами та правилами, що забезпечують виживання того, хто суворо їх дотримується. Поряд з правовими та психологічними факторами соціальної ізоляції вони впливають на виникнення різного роду девіацій в поведінці ув'язнених. *Кримінальне співтовариство* — це примітивне суспільство, всі інститути якого засновані на «звичайному праві». Це право не зафіксоване жодними офіційними документами, а вироблено звичаєм, традицією, а часто — і просто фізичною силою. Подібність табірному середовищу з архаїчними суспільствами підтверджується і самою структурою цього суспільства.

Ця субкультура служить для інституціоналізації кримінальної спільноти. Вона закріплює, перш за все, поділ на касти — три основні касти.

Перша каста — «зłodії», «авторитети», «пахани» і т. д. Їм «зłodийський закон» категорично забороняє працювати на виробництві та у сфері самообслуговування. Це є головна каста, яка визначає все внутрішнє життя того чи іншого співтовариства ув'язнених. «Зłodії» — найбільш закрита каста. Проникнення до неї можливо тільки за дотримання ряду досить жорстких умов, головне з яких полягає в тому, що все життя такої людини має бути підпорядковане суворому дотриманню «закону», найменший відступ від якого назавжди відрізає дорогу до вершин кримінальної ієрархії.

Друга каста. Це основна і найбільш численна категорія ув'язнених — каста «мужиків», або «фраєрів», так зване «болото», яке повинно забезпечувати матеріальні потреби вищої касты. Як правило, між ними розкладається норма вироблення на виробництві, яку мають робити представники вищої касты. Ця каста виконує всі роботи з обслуговування установ, за винятком найбрудніших робіт.

Третя каста — «чушки», «опущені», «козли», «півні» і т. д. Це каста «недоторканих», які забезпечують потреби в комфорті (наприклад, чистоту в приміщеннях) і фізіологічні потреби (перш за все — сексуальні) вищої касты. Як і для архаїчного суспільства, для кримінального середовища характерний поділ на угруповання за принципом «свій — чужий». Суть цього поділу надзвичайно проста — «своїх» захищати, «чужих» гнобити і експлуатувати.

Головна відмінність цієї культури — подвійність положення людини в середині неї. З одного боку, людина повинна підкорятися неформальним звичаям та обрядам, які існують у кримінальному середовищі, з іншого, — виконувати офіційні вимоги адміністрації установи. Часто ці дві сторони існування приходять у протиріччя. Тоді людина стає перед вибором — яких правил дотримуватися. Здійснюючи цей вибір, людина часто вибирає собі долю.

В'язниця — це закрита установа, контингент якої фактично позбавлений свободи вибору способу свого існування. У сучасному суспільстві життя зазвичай організована таким чином, що людина спить, розважається і працює в різних місцях, з різними людьми, під впливом різних авторитетів і без якогось всебічного раціонального плану. Центральною рисою тотальних закладів є зникнення

кордонів між цими частинами життя. По-перше, різні сторони життя відбуваються на тому ж місці і під впливом одного — єдиного — авторитету. По-друге, кожна частина програми дня здійснюється у безпосередній близькості великої групи людей, до кожного члена групи ставляться однаково і від кожного слід дотримуватися однакового виду робіт. Контроль над особистістю в таких закладах настільки всеосяжний, що навіть справляння природних фізіологічних потреб і інтимних гігієнічних заходів вимушено проходить публічно. Фактично все це веде до розмивання меж особистості людини, аж до її можливої деструкції.

М.Лайне виділяє кілька варіантів психологічного захисту ув'язненого.

«Втеча у співтовариство в'язниці». Як правило, такий вид психологічного захисту характерний для добре адаптованих в місцях позбавлення волі людей, або для тих, хто займають високі статусні позиції або відчують страх перед життям на волі. Вони більше цікавляться справами в'язниці, ніж життям рідних і близьких за її межами.

«Втеча у співтовариство ув'язнених». Така людина прагне встановити контакт з якомога більшою кількістю «товаришів по нещастю», засвоюючи норми та цінності «тюремного братства».

«Втеча до зовнішнього світу». Цей варіант не означає фактичної підготовки втечі. Просто ув'язнений прагне піти у свій власний світ, де він відчуває себе вільним, не пов'язаним офіційними та неофіційними тюремними правилами. Він намагається підтримувати відносини тільки з зовнішнім світом, заперечуючи контакти всередині в'язниці. До цього виду психологічного захисту ув'язненого двояке ставлення. З одного боку, з точки зору офіційних осіб установи, позитивний контакт із зовнішнім середовищем — це запорука успішності «виправлення» злочинця, з іншого, — особи, які заперечують тюремне співтовариство, відчувають сильні труднощі в процесі адаптації до нього.

«Втеча до своєї кримінальної справи». Такий ув'язнений постійно прагне довести свою невинуватість, відчуваючи постійне бажання поговорити з ким-небудь з приводу своєї справи. Він

намагається організувати перегляд справи, посилає документи у різні інстанції, налагоджує зв'язки з різними правозахисними організаціями, доводить персоналу в'язниці та іншим ув'язненим, що він невинуватий.

«Прагнення до спокутування провини». Це так званий «страждалець», який переживає скоєний злочин і прагне його спокутувати. Дуже часто такі люди звертаються до Бога, прагнучи покаятися спокутувати. Правда, в більшості випадків таке звернення до Бога закінчується після звільнення з ув'язнення.

«Втеча у хворобу». За допомогою різних захворювань ув'язнений може змінити монотонний розпорядок дня та домогтися пом'якшення режиму утримання. Ув'язнений може дійсно захворіти, а може і здійснити акт скалічення з метою потрапити на лікарняне ліжко або просто викликати до себе жалість або співчуття.

«Порушення режиму». Цей вид захисту використовується для того, щоб виплеснути агресію та внести різноманітності у монотонних камерних буднях. Також це застосовують для підвищення рольового статусу всередині спільноти ув'язнених.

Наведені вище види психологічних захистів мають свої прояви в поведінці ув'язнених, що утрудняють адаптацію або до місць позбавлення волі, або до життя у вільному громадянському суспільстві.

Вплив ув'язнення на психіку ув'язненого, на особистість людини в умовах соціальної ізоляції, де впливають різного роду психогенні чинники, призводять до невротичних реакцій, суїцидальних спроб, психічних розладів. Тюремне ув'язнення часто спричинює незворотні зміни у психіці.

Психогенні чинники екстремальних умов, що негативно впливають на психіку людини:

- групова ізоляція;
- монотонність;
- зміна сприйняття просторової структури;
- самотність;
- інформаційна виснаженість;
- загроза для життя та здоров'я;
- десинхронізація ритмів сну і неспання.

Одним із прикладів *екстремальних умов можна вважати перебування у місцях позбавлення волі*. Наведемо фактори, які впливають на в'язнів.

- Групова ізоляція.
- Монотонність, яка веде до сенсорної депривації. У звичайних умовах на всі органи чуття людини впливає безліч подразників. У місцях позбавлення волі у більшості ув'язнених відбувається формування почуття втрати зв'язку з реальністю, дні здаються одноманітними, схожими один на одного. Кількість нових облич, нових відомостей, взагалі будь-якої нової інформації сильно обмежена.
- Третій важливий фактором — зміна сприйняття просторової структури. Кількість об'єктів навколо ув'язненого обмежена. У багатьох з них, які особливо довгий час перебували в закритому приміщенні (тюремний режим або слідчий ізолятор), з'являється навіть страх виходу з камери — фобія відкритого простору. Подібні просторові обмеження формують у засуджених або апатію, або підвищену агресивність.
- Відчуття самотності, яке супроводжується сильним почуттям страху і жалості до себе. Р. Берд писав, що самотність формує дуже важкі психотичні стани. В уяві постають «яскраві образи членів сім'ї, друзів» Незважаючи на жорсткий режим і спостереження з боку персоналу, постійна загроза для життя і здоров'я є одним з найпотужніших чинників, що деформують психіку ув'язненого. Як правило, така загроза буває викликана проблемами міжособистісних взаємин, суворої ієрархічності, кастовості «тюремного суспільства».
- Важливим моментом для розуміння стану ув'язненого є десинхронізація ритмів сну і неспання. Неможливість зайняти більшість ув'язнених суспільно-корисною працею або навчанням призводить до того, що багато хто з них впадають в своєрідну «сплячку». Сплять багато, не тільки вночі, але і вдень, при цьому сон відрізняється неспокійністю, тривожністю. Всі ці фактори деформують особистість ув'язненого. Глибокій особистісній деформації ув'язненого сприяє й знеособленість тюремного середовища. У цих умовах людина має бути або надмірно агресивною

і постійно підтримувати в собі високий рівень агресивності, або бути непомітною.

- Суттєвій деформації піддається сприйняття ув'язненим часу. Свого особистого часу він практично не має. Ув'язненого можуть відірвати від особистісно значущої діяльності як представники адміністрації, так і лідери неформальної структури.

Основні напрямки психологічної допомоги ув'язненим. Перш за все така допомога ув'язненим має бути спрямована на адаптацію їх до місць позбавлення волі. Людина потрапляє до в'язниці надовго, і можуть пройти роки, перш ніж вона покине її стіни. Вона вимушена функціонувати в незвичному середовищі, тому *психологічний супровід процесу «звикання»* до умов ізоляції вкрай важливий, особливо у період слідства та суду, до винесення вироку.

У цей період ув'язнений знаходиться в дуже важкому стані: його несподівано вирвано зі звичного світу і поміщено в досить агресивне середовище. Він не знає свого майбутнього, того становища, в якому знаходиться його кримінальна справа (наприклад, якими доказами його провини володіє слідство), він боїться сказати зайве слово і в той же час прагне виговоритися, щоб зняти сильне емоційне напруження. Цей стан може посилюватися переживанням скоєного злочину. На жаль, психолог, що працює в місцях позбавлення волі, не може надати ув'язненому можливості виговоритися через подвійність свого становища, оскільки в психологу ув'язнений завжди буде бачити представника адміністрації.

Таким чином, *першим етапом роботи психолога з ув'язненими* є подолання стресу, пов'язаного з тим, що людину заарештували та замкнули в ізоляторі. На ефективність взаємодії впливають два фактори, подолання яких вимагає великих зусиль:

- по-перше, в силу низького культурного рівня більшість ув'язнених об'єднують поняття «психолог» і «психіатр». Так вважає багато людей і за межами пенітенціарних закладів, але в цих умовах таке об'єднання понять має зворотний ефект; ув'язнений вважає, що психолог може допомогти уникнути покарання, пов'язаного з позбавленням волі, і, як тільки може, демонструє наявність психічних відхилень;

- по-друге, психолог є представником адміністрації установи і відповідно, довірче спілкування з ним табуйоване законами неформальної структури ув'язнених.

На наступному етапі пріоритетною стає власне робота з адаптації засудженого до життя у в'язниці. Більшість ув'язнених адаптуються до місць позбавлення волі двома шляхами: уживатися у соціум таких же, як і він, ув'язнених чи встановлювати будь-які взаємини з адміністрацією.

Психологу в своїй роботі важливо відстежити можливі порушення в цих двох напрямках.

У разі переважання першого шляху адаптації, якщо людина прагне будь-що зайняти «хороше» місце у кримінальній ієрархії, формується тип негативно налаштованого ув'язненого. Така людина згодом буде відкрито конфліктувати з адміністрацією, за всяку ціну намагаючись підтримати свій статус в соціумі. Її завдання — якомога сильніше звузити коло контактів з персоналом установи.

Переважання другого шляху може сформувати тип так званого «стукача», людини, яка співпрацює з адміністрацією. Як правило, в середовищі ув'язнених — це перші кандидати на застосування до них фізичної сили, так звана «група ризику».

Адаптація до в'язниці і ресоціалізація ув'язненого — два основні напрямки, в яких психологу доведеться діяти постійно, протягом усього терміну ізоляції засудженого.

Перший напрямок включає в себе роботу з емоційним станом людини, що перебуває під слідством або вже після винесення вироку. Тим більше що в слідчих ізоляторах умови утримання набагато важчі, ніж в колоніях загального і навіть суворого режимів, наближаючись за тяжкістю до в'язниць і колоній посиленого та особливого режимів. На жаль, ще будучи формально невинним, ув'язнений починає нести покарання, що часом перевищує міру відповідальності за вчинений ним злочин.

Інше важливе завдання — профілактика конфліктів у співтоваристві ув'язнених. У місцях позбавлення волі використовуються, як правило, два способи вирішення конфліктів — суперництво та пристосування. Більшість же ув'язнених у конфліктах використовують

стратегію уникнення, для якої характерна відсутність як прагнення до кооперації, так і тенденцій до досягнення власних цілей.

Третій важливий момент роботи психолога з ув'язненим — формування у нього адекватного сприйняття влади. Власне, першим і найбільш важливим етапом ресоціалізації є визнання відповідальності за нинішній стан речей. Найбільший ефект має поєднання діагностичних і корекційних методів.

Один з найбільш ефективних методів роботи з ув'язненими — арт-терапія. На відміну від методів, заснованих на вербальній комунікації, арт-терапія має ту перевагу, що її можна використовувати з контингентом практично будь-якого рівня. До того ж вона дозволяє досліднику проводити діагностику не тільки актуального стану людини, а й історії його розвитку. У Великобританії методи арт-терапії активно використовуються в психотерапевтичній роботі з правопорушниками. Досить ефективні в роботі з ув'язненими такі розділи арт-терапії:

- бібліотерапія (природно, з людьми, які мають певний інтелектуальний рівень);
- музикотерапія;
- казкотерапія;
- кінотерапія;
- пісочна терапія.

Єдиний бар'єр, який виникає при арт-терапевтичній роботі, — несерйозне ставлення з боку клієнта до цього, але подолання такого бар'єру цілком залежить від компетентності психолога. Також ефективний спосіб зняття емоційної напруги для ув'язнених — навчання їх систем нервово-м'язової релаксації, але в цьому випадку важлива значна попередня підготовка, оскільки характерний для більшості ув'язнених сверхконтроль над своєю поведінкою і своїми емоціями не дозволяє їм ефективно розслаблятися та знімати надмірну нервово-психічну напругу. До того ж серед контингенту місць позбавлення волі досить велика кількість осіб, що мають психопатії епілептоїдного кола, епілептоїдну акцентуацію характеру, а також ті, які страждають на епілепсію. На таких клієнтів аутогенне тренування та сеанси релаксації практично не діють.

Учасники тренінгових та терапевтичних груп бояться, особливо на перших етапах роботи групи, розкриватися перед іншими учасниками, тому що згодом вони не розходяться в різні боки, а виявляються на довгі роки разом в одній камері або одному загоні. З боку «злочинських авторитетів» здійснюється постійний тиск на учасників груп з метою з'ясування того, що там відбувається. Тобто не виконується головна умова, необхідна для ефективної роботи групи, — її конфіденційність. Таким чином, психологічна допомога ув'язненим спрямована на зміну поведінки людини та її ресоціалізацію. Завдання психолога у в'язниці суперечливі: адаптувавши людину до умов соціальної ізоляції, підготувати його до життя на волі.

Теми доповідей

1. Психологічні особливості проживання кризи і втрати: соціально-психологічна допомога та підтримка.
2. Проблема суїциду і суїцидальної поведінки з точки зору соціально-психологічної реабілітації.
3. Соціально-психологічна робота з людьми, які втратили роботу.
4. Соціально-психологічна допомога при алкоголізмі.
5. Основи психологічної реабілітації людей без певного місця проживання.
6. Основи групової терапевтичної соціальної роботи.
7. Психологічна допомога людям похилого віку.
8. Наркотики як фактор, що руйнує здоров'я.
9. Алкоголь як фактор, що руйнує здоров'я.
10. Токсікоманія як фактор, що руйнує здоров'я.
11. Надомне обслуговування інвалідів.
12. Стаціонарні форми обслуговування інвалідів.

Контрольні питання

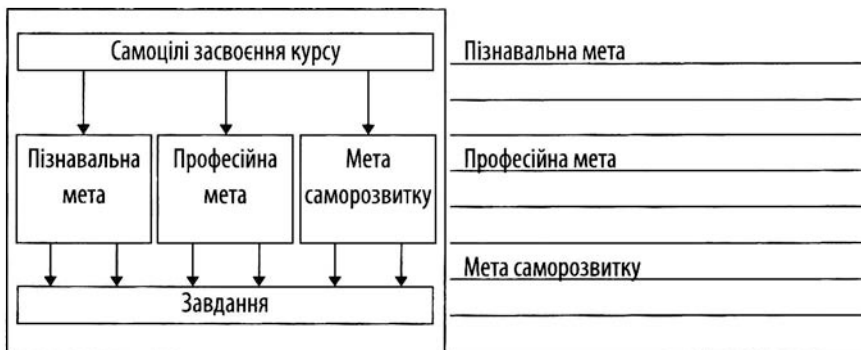
1. Які напрямки психологічної допомоги людям похилого віку можна виділити?
2. У чому полягає соціально-психологічна допомога інвалідам?
3. Як здійснюється психологічна допомога в місцях позбавлення волі?
4. Які основні напрямки психологічної допомоги надають ув'язненим?
5. Які види психологічного захисту формуються в ув'язнених?
6. Як впливають місця позбавлення волі на психіку ув'язненого?
7. Чим відрізняється поведінка молодих інвалідів від поведінки людей-інвалідів похилого віку?
8. Які основні етапи реабілітації здійснюються для психічно хворих?

ТЕМА 9. ПСИХОЛОГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА ТА ПОДОЛАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

План

- 9.1. Синдром «професійного вигорання»: сутність, структура, причини виникнення.
- 9.2. Діагностичний компонент технології профілактики та подолання синдрому «професійного вигорання».
- 9.3. Програми профілактики і подолання синдрому «професійного вигорання».

Ключові терміни: синдром «професійного вигорання», фаза «напруга», фаза «резистенція», фаза «виснаження», неадекватне виборче емоційне реагування, емоційно-моральна дезорієнтація, економія емоцій, редукція професійних обов'язків, індивідуальна програма профілактики, групова програма профілактики.



9.1. Синдром «професійного вигорання»: сутність, структура, причини виникнення

Вперше феномен «професійного вигорання» був описаний у 1974 р. американським психіатром Х. Фрейденбергом, який спостерігав велику кількість працівників соціальних професій з таким характерним синдромом. Для сучасного етапу досліджень виділяють кілька підходів до вивчення синдрому «професійного вигорання».

Відповідно до першого підходу, «професійне вигорання» — стан фізичного, психічного, перш за все, емоційного виснаження, викликаного тривалим перебуванням працівника в емоційно перевантажених

ситуаціях спілкування. Тому даний синдром розуміється як синдром «хронічної втоми».

Відповідно до другого підходу, синдром «вигорання» розглядається як двовимірна модель, що включає емоційне виснаження і деперсоналізацію, погіршення ставлення до інших і до себе.

У третьому підході синдром «професійного вигорання» представляється як трикомпонентна система, що складається з емоційного виснаження, деперсоналізації і редукції своїх особистих професійних досягнень. У сучасних дослідженнях розуміння цього синдрому не виявлене. Даний синдром визначають по-різному:

- феномен особистісної деформації;
- синдром, що розвивається на тлі хронічного стресу і призводить до виснаження емоційно-енергетичних та особистісних ресурсів працівника;
- стресова реакція, яка виникає в результаті тривалих професійних стресів середньої інтенсивності;
- один з проявів стресу, з яким стикається людина у своїй професійній діяльності;
- наслідок тривалого робочого стресу і певних видів професійних криз.

До причин, які призводять до формування синдрому «професійного вигорання», відносять такі:

- монотонність роботи;
- суворе регламентація роботи, особливо при нереальних термінах її виконання;
- напруженість і конфлікти у професійному середовищі;
- недостатність умов для самовираження;
- недостатня підтримка з боку співробітників та їх зайвий критицизм;
- робота без подальшого навчання та професійного удосконалення;
- невирішені особистісні проблеми;
- наявність авторитарного або ліберального стилю спілкування;
- відсутність навичок ефективної комунікації та вміння знаходити вихід з важких ситуацій спілкування та ін.

«Професійне вигорання» є кінцевим результатом дії сукупності факторів: оточення, в якому людина працює, отриманої освіти, професійних характеристик установок і особливостей конкретної особистості.

У дослідженні вченого В.Бойко надається структура синдрому «професійного вигорання», яка включає три фази: «напруження», «резистенції» та «виснаження».

Перша фаза характеризується почуттям емоційної виснаженості, втоми, викликаних власної професійною діяльністю викладача вищої школи.

До симптомів першої фази відносять такі:

- переживання психотравмуючих обставин;
- незадоволеність собою;
- «загнаність у кут»;
- тривога і депресія.

Друга фаза синдрому — надмірне емоційне виснаження, що провокує виникнення і розвиток захисних реакцій, які роблять людину емоційно закритою, відстороненою, байдужою. В такому стані залучення соціального працівника до професійних справ, комунікацій викликає у нього відчуття надмірної тривоги.

До симптомів другої фази відносяться:

- неадекватне вибіркове емоційне реагування — неконтрольований вплив настрою на професійні стосунки;
- емоційно-моральна дезорієнтація — розвиток байдужості у професійних стосунках;
- розширення сфери економії емоцій — емоційна замкнутість, відчуження, бажання припинити будь-які комунікації;
- редукція професійних обов'язків — згортання професійної діяльності;
- прагнення якомога менше часу витратити на виконання професійних обов'язків.

Третя фаза синдрому характеризується психофізичної перевтомою людини, спустошеністю, нівелюванням власних професійних досягнень, порушенням професійних комунікацій, посиленням цинічного ставлення до тих, з ким доводиться спілкуватися з професійних питань, розвитком психосоматичних порушень.

До симптомів третьої фази відносять такі:

- емоційний дефіцит — розвиток емоційної нечуттєвості на тлі виснаження;

- автоматизм і спустошення людини при виконанні професійних обов'язків;
- емоційна відчуженість — створення захисного бар'єру в професійних комунікаціях;
- особистісне відчуження (деперсоналізація) — порушення професійних відносин;
- розвиток цинічного ставлення до тих, з ким доводиться спілкуватися при виконанні професійних обов'язків, і до професійної діяльності взагалі;
- психосоматичні та психовегетативні порушення — погіршення фізичного самопочуття;
- розвиток таких психосоматичних і психовегетативних порушень, як розлади сну, головні болі, проблеми з артеріальним тиском, шлункові розлади, загострення хронічних хвороб тощо.

9.2. Діагностичний компонент технології профілактики та подолання синдрому «професійного вигорання»

Аналіз проблем вивчення синдрому «професійного вигорання», проведений авторами у різних організаціях, показав, що до основних методик, які можуть бути використані організаційними психологами при дослідженні цієї проблеми, відносяться:

- методика «Діагностика рівня емоційного «вигорання» В. Бойко;
- методика «Визначення психічного «вигорання» А. Рукавішнікова;
- методика «Синдром «вигорання» в професіях системи «людина — людина»;
- методика «Оцінка власного потенціалу «вигорання»;
- методика «Дослідження синдрому «вигорання»;
- метод самоаналізу.

Необхідно зауважити, що кожна із зазначених методик дає можливість, насамперед, виявити рівень розвитку синдрому та його окремих складових. Незважаючи на різне термінологічне значення понять, які використовуються вченими: «професійне вигорання», «емоційне вигорання», «психічне вигорання», «вигорання» та ін., — вони є синонімами і розкривають ті чи інші аспекти «вигорання», як у професійній, так і в інших сферах життєдіяльності людини.

Для з'ясування особливостей прояву симптомів синдрому «професійного вигорання» у фахівців соціальної сфери використовується методика В. Бойко «Діагностика рівня емоційного вигорання», яка є найбільш комплексною і дає можливість системно та детально проаналізувати ступінь вираженості дванадцяти симптомів даного синдрому, враховуючи фази, до яких вони належать: перша — «напруження», друга — «резистенція», третя — «виснаження».

Методика «Визначення психічного «вигорання» А. Рукавішнікова дає можливість досліджувати прояви синдрому за такими основними показниками:

- психоемоційне виснаження;
- особистісне відчуження;
- професійна мотивація.

Суттєвим є те, що методика допомагає проаналізувати прояви синдрому «вигорання» на трьох основних рівнях:

- міжособистісному;
- особистісному;
- мотиваційному.

Слід зазначити, що ця методика — не така складна в обробці, як попередня, і може бути використана для більш оперативного вирішення професійних завдань організаційними психологами. Методика дає можливість розробити певну систему психокорекційної роботи та встановити, за якими складовими найбільш «рельєфно» проявляється синдром.

Методика «Синдром «вигорання» в професіях системи «людина — людина» орієнтована, насамперед, на дослідження категорій фахівців, які працюють в системі «людина — людина», перш за все менеджерів і педагогічних працівників. Тому саме цю методику, на думку авторів, доцільно використовувати, аналізуючи синдром «вигорання» у менеджерів організацій і працівників освітніх установ.

Варто нагадати, що методика базується на теорії синдрому «вигорання», розробленій К. Масlach і С. Джексон, і дає можливість визначити такі основні складові синдрому «вигорання»:

- емоційне виснаження;
- деперсоналізація;
- редукція особистих досягнень.

Суттєвим є те, що методика має два варіанти опитувальника, які можуть бути використані окремо при дослідженні різних фахівців соціальної сфери. Методика досить компактна у використанні порівняно з першими двома методиками: вона включає лише 22 питання (в двох попередніх методиках — 84 і 72 відповідно). Тому її доцільно застосовувати в ситуації, коли потрібно дуже швидко провести опитування.

Методика «Оцінка власного потенціалу «вигорання» дає можливість досліджувати такі основні компоненти «вигорання»:

- деперсоналізацію;
- особисту задоволеність;
- емоційне виснаження.

Кожен з цих компонентів «вигорання» аналізується за трьома рівнями розвитку: низький, середній, високий. Методика включає всього 18 питань і може бути використана для оперативного дослідження синдрому «вигорання» і розробки відповідних корекційних програм.

Методика «Дослідження синдрому вигорання» допомагає виявити рівні вираженості синдрому (високий, середній і низький). На думку авторів, її доцільно використовувати для простих досліджень, які дають можливість зорієнтуватися у наявності проблеми.

Необхідно відзначити, що при проведенні прикладних досліджень в організації слід використовувати дві-три методики — для взаємоперевірки і доповнення отриманих даних.

Метод самоаналізу використовується, щоб навчитися розпізнавати стрес, тобто ідентифікувати деякі сигнали, які попереджають про стрес. До них відносяться сигнали, що відображають три основні сфери життєдіяльності людини.

1. Робота:

- людина не виконує роботу вчасно, не приходить на зустрічі або не виконує інших зобов'язань;
- людина припускається помилок через неуважність;
- знижуються кількісні та якісні показники роботи;
- людина довго коливається, приймаючи рішення;

- людина затримується на роботі, є більше захоплена роботою, ніж зазвичай;
- усні або письмові доповіді мають нечіткий, непослідовний характер;
- частіше відбуваються нещасні випадки.

2. Відносини з колегами:

- людина неадекватно сприймає гумор;
- людина проявляє роздратування, недружелюбність, демонструє реакції гніву;
- людина раптово проявляє труднощі в спілкуванні і підтримці дружніх відносин з іншими людьми;
- людина висловлює незрозумілу або надмірну недовіру до колег.

3. Особистість:

- людина виглядає втомленою, не здатна «розслабитися»;
- людина байдуже ставиться до життя; не проявляє до чогось інтересу;
- людина часто відчувається хворою або такою, що ось-ось захворіє.

9.3. Програми профілактики та подолання синдрому «професійного вигорання»

Істотний внесок у вирішення проблеми профілактики синдрому «професійного вигорання» внесли дослідження О. Бабіч, В. Бойко, Н. Водопьянкової, Т. Зайчикової, Л. Карамушки, С. Максименко та інші. У вітчизняних дослідженнях вивчалася специфіка перебігу синдрому «професійного вигорання» у педагогів з різних регіонів України за допомогою методики В. Бойко, але не з'ясовувалися особливості сформованості даного синдрому у фахівців соціальної сфери та психологічні чинники розвитку здоров'язберігаючого простору вищого навчального закладу з метою його профілактики.

Профілактика синдрому «професійного вигорання» передбачає використання як зовнішніх, так і внутрішніх (особистісних) ресурсів. До внутрішніх відносять такі ресурси: стан здоров'я; способи реагування на стрес; сформованість комунікативних навичок і умінь; здатність до емпатії; здатність до рефлексії; стресостійкість;

усвідомлення своїх емоцій та почуттів; знання і вміння застосовувати прийоми управління емоційними станами тощо.

Для профілактики синдрому «професійного вигорання» рекомендується:

- створення комфортного робочого місця;
- вміння розподіляти професійні та побутові навантаження;
- оволодіння прийомами залучення уваги;
- сформованість вміння планувати час;
- вміння переключатися з однієї справи на іншу;
- прояв фізичної активності, ведення здорового способу життя;
- виконання завдань, які покращують настрій;
- сформованість позитивної професійної «Я-концепції», зокрема прийняття себе.

Управління професійним стресом і синдромом «вигорання» — це можливість використання особистістю наявних важелів управління профілактикою; вміння не звинувачувати себе в появі симптомів інших людей або обставин. Важливою складовою комплексної моделі управління стресом є втручання — встановлення особистістю бар'єра (за допомогою спеціальних прийомів) на всіх фазах розгортання стресу з метою протидії йому:

- когнітивна оцінка ситуації;
- вибіркове сприйняття;
- релаксація;
- фізичні вправи — як основні бар'єри, які може виставити особистість на певних фазах перебігу стресу.

Можна виділити дві основні форми спеціальних програм для профілактики та подолання синдрому «професійного вигорання» в організаціях:

- *індивідуальні програми* — плани, які використовуються на рівні однієї особистості; ці технології можуть реалізовуватися окремими менеджерами або співробітниками організацій самостійно або за допомогою організаційних психологів;
- *групові програми* — технології, які використовуються на рівні організації; вони можуть реалізовуватися організаційними психологами для роботи з організацією в цілому, окремими її підрозділами.

Індивідуальна програма включає інструкцію.

1. Якщо Ви зрозумієте, що ця робота для Вас не дуже важлива, вона Вам не подобається і не дає можливості вирішити професійні та сімейні проблеми, а тільки створює для Вас стресогенну ситуацію, то приймайте мужнє рішення — змініть роботу.

2. Якщо Ви зрозуміли, що робота для Вас є важливою, але відчуваєте, що починаєте «вигорати», візьміть на себе певні зобов'язання — визначити умови зниження впливу діючих стрес-факторів.

Врахуйте, чи мають місце у Вашій конкретній ситуації глобальні професійні (життєві) зміни (наприклад, реорганізація на роботі, переведення на нову посаду, перехід на новий режим або графік роботи, зміна роботи дружиною чи чоловіком, зміна місця проживання, хвороби близьких), оскільки одна або кілька з них можуть бути для Вас серйозними стрес-факторами у розглянутий період.

3. Спробуйте осмислити зміст цих змін, сконцентруватися на умовах нейтралізації їх негативного впливу, заручитися підтримкою близьких для Вас людей. Спитайте себе — чи не заважає вже наявний стрес планувати нові види активності, які можуть додатково вивести Вас зі стану рівноваги. Постарайтесь адаптуватися до реального — і так складного — періоду вашого життя.

4. Визначте повсякденні рутинні, побутові справи, а також конфлікти, пов'язані з ними, які найчастіше виявляються стрес-факторами (наприклад: перевантаження професійними справами; необхідність взаємодії з великою кількістю людей під час роботи; оволодіння новою технікою; перестановки або втрата речей; сімейні конфлікти; несвоєчасне виконання колегами їх професійних обов'язків). Спробуйте контролювати ці справи і не додавайте до них нових. Пам'ятайте, що повсякденні проблеми більш негативно впливають на здоров'я, ніж глобальні життєві зміни, через їх хронічний характер,

5. Якщо Ви дійшли висновку, що «вигораєте», зробіть спочатку такі «тактичні» кроки:

- зверніться до керівництва з проханням тимчасово зменшити Вам навантаження;
- не беріть роботу додому;
- не розмовляйте про справи під час обіду та у вільний час.

6. Важливо також реалізувати ряд прийомів стратегічного характеру. Одним з них є прийом, який стосується визначення пріоритетів професійної діяльності та вміння керувати власним часом. З цією метою визначте основні цілі і завдання Вашої професійної самореалізації на певний період:

- визначте пріоритетність цілей і завдань;
- зіставте результати їх виконання з можливостями здійснення певних етапів Вашої професійної кар'єри;
- складіть розклад виконання справ;
- делегуйте свої повноваження; доручайте завдання іншим;
- навчіться говорити «ні»;
- визначте, як Ви розподіляєте свій час.

7. Спробуйте змінити свій імідж «трудоголіка». Щоб подолати трудоголізм, дотримуйтесь таких прийомів:

- сконцентруйтеся на тому, що Вам подобається найбільше і спробуйте знайти способи припинити або мінімізувати виконання того, що не подобається;
- запитайте себе «Чим би я хотів займатися безкоштовно?» і потім спробуйте направити в це русло свою роботу;
- використовуйте свій час, не дозволяйте часу використовувати Вас; вирішіть для себе, скільки часу будете приділяти відтепер роботі, потім скоротіть свій робочий час до цього рівня; використовуйте так звані «штучні» прийоми (призначте відразу після закінчення робочого дня зустріч, заплануйте відвідання басейну, похід в театр тощо);
- залиште вільний час у Вашому робочому розкладі;
- оформіть робоче місце на свій смак, зробіть так, щоб воно приносило Вам задоволення. Ви заслуговуєте на це;
- постарайтеся не забувати про приємні моменти своєї роботи: задоволення від виконаного завдання, свободу і можливість бути корисним для інших тощо;
- надмірна захопленість роботою передбачає великий обсяг звітності про те, як Ви працюєте;
- визначте час для сімейних справ (розподіляйте з членами сім'ї побутові турботи, виїжджайте на природу).

8. Розширте сфери своєї життєдіяльності. Для цього визначте речі, якими Ви хотіли б займатися, крім роботи. Складіть список під назвою «Я дійсно хочу цим займатися». Перерахуйте все, чим Ви хочете займатися — послідовно, від найбільш до найменш бажаних дій. А тепер згадайте, коли Ви останнього разу займалися тим чи іншим із цього переліку. Створіть умови, щоб такі заняття стали для Вас реальністю.

9. Намагайтеся у своїй професійній діяльності демонструвати прояв асертивності (впевнену поведінку). *Впевненість в собі* — це здатність виражати себе і задовольняти власні потреби, при цьому не створюючи незручностей для інших. Тому відмовляйтесь від невпевненої поведінки (відмова від власних потреб заради допомоги іншій людині — ігнорування власних потреб) і агресивної поведінки (спроби домінування або досягнення своїх цілей за рахунок інших людей).

10. Створіть групу соціальної підтримки. *Соціальна підтримка* — це почуття причетності, почуття того, що тебе сприймають і люблять таким, який ти є, а не тому, що ти можеш щось зробити для інших. До групи соціальної підтримки можуть увійти Ваші друзі, члени сім'ї, з якими духовно близькі і з якими поділяєте свої радощі, проблеми, страхи і любов. Включіть в групу соціальної підтримки і Ваших колег, затоваришуйте з ними, організуйте спільне позитивне проведення часу.

11. Подбайте про правильне харчування і комфортну ситуацію роботи. Визначте для себе збалансовану дієту. Не дозволяйте «зайвому» з Вашого оточення вибивати Вас зі стану рівноваги.

Теми доповідей

1. Технологія профілактики та подолання синдрому «професійного вигорання»: інформаційно-смісловий компонент.
2. Діагностичний компонент технології профілактики та подолання синдрому «професійного вигорання».
3. Коррекційно-розвивальний компонент технології подолання синдрому «професійного вигорання».

4. Інформаційно-смысловий компонент: зміст, структура, основні прояви синдрому «професійного вигорання».
5. Методики для діагностики синдрому «професійного вигорання».
6. Індивідуальна програма подолання синдрому «професійного вигорання».
7. Групова програма подолання синдрому «професійного вигорання».

Контрольні питання

1. Які основні форми спеціальних програм для профілактики і подолання синдрому «професійного вигорання» застосовують?
2. Як розуміється синдром «професійного вигорання» в сучасних підходах?
3. Що характерне для першої фази синдрому «професійного вигорання»?
4. Які зміни відбуваються під час другої фази синдрому «професійного вигорання»?
5. Що є характерним для третьої фази синдрому «професійного вигорання»?
6. Які причини призводять до формування синдрому «професійного вигорання»?
7. Які основні методики можуть бути використані для діагностики синдрому «професійного вигорання»?
8. Які зовнішні та внутрішні (особистісні) ресурси використовуються для профілактики синдрому «професійного вигорання»?

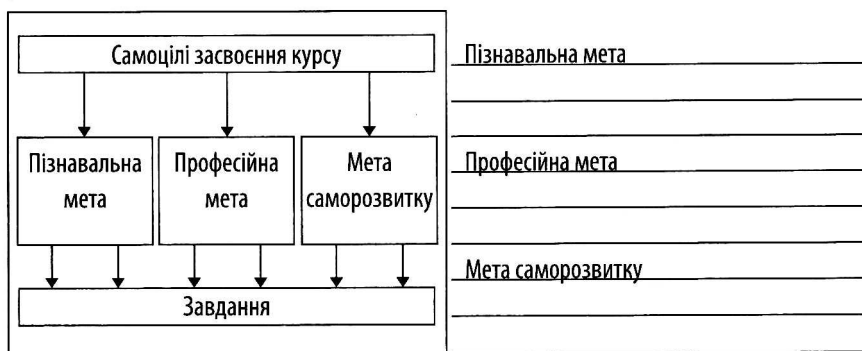
ТЕМА 10. ТЕРМІНОВА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА. ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ ДО ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ

План

10.1. Термінова психологічна допомога в надзвичайних ситуаціях.

10.2. Особливості професійної підготовки фахівців до психореабілітації.

Ключові терміни: надзвичайна ситуація, зона зараження, вогнище ураження, оцінка збитку, професійна психореабілітація, термінова психологічна допомога, марення, галюцинації, гострий стресовий стан, психологічна реабілітація, періоди реабілітації, етапи реабілітації.



10.1. Термінова психологічна допомога в надзвичайних ситуаціях

Надзвичайна (екстремальна) ситуація (НС) — обстановка на певній території, що склалася в результаті аварії, небезпечного природного явища, катастрофи, стихійного чи іншого лиха, які можуть спричинити людські жертви, шкоду здоров'ю людей або навколишньому середовищу, значні матеріальні втрати та порушення умов життєдіяльності людей. Кожна НС має властиві тільки їй причини, особливості та характер розвитку.

НС можуть класифікуватися за такими ознаками:

- *ступенем раптовості*: раптові (непрогнозовані) і очікувані (прогнозовані); легше прогнозувати соціальну, політичну, економічну

ситуації, складніше — стихійні лиха; своєчасне прогнозування НС та правильні дії дозволяють уникнути значних втрат, а в окремих випадках — і запобігти НС;

- *швидкістю поширення*: НС може мати вибуховий, стрімкий, швидкопоширюваний або помірний, плавний характер; до стрімких найчастіше належать більшість військових конфліктів, техногенних аварій, стихійних лих; помірно, плавно розвиваються ситуації екологічного характеру;
- *масштабом поширення*: локальні, місцеві, територіальні, регіональні, федеральні, транскордонні; до локальних, місцевих та територіальних відносять НС, що не виходять за межі одного функціонального підрозділу, виробництва, населеного пункту; регіональні, федеральні і транскордонні НС охоплюють цілі регіони, держави або кілька держав;
- *тривалістю дії*: НС можуть мати короточасний характер або затяжний перебіг; усі НС, в результаті яких відбувається забруднення навколишнього середовища, відносяться до затяжних;
- *характером*: навмисні і ненавмисні; до перших слід віднести більшість національних, соціальних і військових конфліктів, терористичних актів та ін.; стихійні лиха за характером свого походження є ненавмисними, до цієї групи належать також більшість техногенних аварій і катастроф.

За джерелами походження надзвичайні (екстремальні) ситуації поділяються на НС техногенного характеру, НС природного походження та НС біолого-соціального характеру.

Типи НС техногенного характеру: транспортні аварії та катастрофи, пожежі та вибухи, аварії з викидом хімічних отруйних речовин (АХОП) та отруйних речовин (ОР), аварії і катастрофи з викидом радіоактивних речовин (РР) або сильнодіючих отруйних речовин (СДОР), раптове обвалення споруд, аварії на електро- та енергетичних системах (ЕЕС) або комунальних системах життєзабезпечення, аварії на промислових очисних спорудах, гідродинамічні аварії.

Типи НС природного походження: геофізичні, геологічні, метеорологічні, агрометеорологічні, небезпечні морські гідрологічні явища, природні пожежі.

Типи НС біолого-соціального характеру: голод, тероризм, громадські заворушення, алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, різні акти насильства.

НС, пов'язані зі зміною стану літосфери — суші (грунту, надр, ландшафту); складу та властивостей атмосфери (повітряного середовища); стану гідросфери (водного середовища); стану біосфери; інфекційні захворювання людей, тварин і рослин.

Для практичних цілей та встановлення єдиного підходу до оцінки НС природного і техногенного характеру, визначення меж зон НС і адекватного реагування на них введено класифікацію НС:

- залежно від кількості людей, які постраждали в цих НС;
- залежно від кількості людей, у яких порушено умови життєдіяльності;
- залежно від розміру матеріальної шкоди, а також меж зони поширення вражаючих факторів НС.

Джерело НС визначається як небезпечне природне явище, аварія або техногенна пригода, інфекційна хвороба людей, тварин і рослин, а також застосування сучасних засобів ураження (СЗУ), в результаті чого може виникнути НС. Вражаючий фактор джерела НС визначається як складова небезпечного явища або процесу, викликана джерелом НС і характеризується фізичними, хімічними і біологічними діями або явищами, які визначаються відповідними параметрами

Зона НС визначається як територія або акваторія, на якій внаслідок виникнення джерела НС або поширення його наслідків з інших районів виникла НС.

Зона зараження — територія, в межах якої поширені небезпечні хімічні речовини або біологічні (бактеріологічні) речовини. РР в кількостях, які становлять небезпеку для людей, тварин і рослин, а також навколишнього природного середовища.

Осередок ураження — обмежена територія, в межах якої в результаті впливу СЗУ відбулися масова загибель або ураження людей, сільськогосподарських тварин і рослин, зруйновано та пошкоджено будівлі та споруди, а також елементи навколишнього природного середовища (НПС).

Оцінка збитку внаслідок НС проводиться за п'ятьма основними параметрами:

- прямі втрати внаслідок НС;
- витрати на проведення аварійно-рятувальних та інших невідкладних робіт;
- обсяг евакуаційних заходів і витрати на їх проведення;
- витрати на ліквідацію НС;
- непрямі втрати.

Термінова психологічна допомога — система короточасних заходів, спрямованих на регуляцію активного психічного, психофізіологічного стану та негативних емоційних переживань людини або групи людей, які постраждали в результаті кризової або надзвичайної події. Така допомогою здійснюється професійними методами, які відповідають вимогам ситуації. Основна мета — стабілізація стану потерпілих, зняття або зменшення гострих симптомів дистресу та відновлення функціонування.

Завдання термінової психологічної допомоги спрямовані на підтримку життєздатності постраждалих людей на основі використання поведінкових прийомів, методів, технік:

- зняття психоемоційного збудження, тривоги, панічних реакцій;
- прийняття ситуації втрати;
- зниження «душевного» болю;
- пошук ресурсних психологічних можливостей.

Термінова психологічна допомога надається людям в гострому стресовому стані (ГСС), яке представляє собою переживання емоційної і розумової дезорганізації. Термінова психологічна допомога надається тоді, коли виникають зміни у психічній діяльності, які викликають дезадаптацію особистості, порушують її функціональний стан, процеси цілепокладання та контролю, можливість прийняття рішення, регуляції емоційного стану. Така допомога спрямована на зняття або зменшення гострих симптомів дистресу, відновлення функціонального стану, можливості регуляції емоційного стану і поведінки.

Психодіагностика, психотехніки впливу та процедура надання психологічної допомоги в екстремальних ситуаціях мають свою

специфіку. Зокрема, психодіагностика в екстремальних ситуаціях має свої відмінні риси. У цих умовах через брак часу неможливо використовувати стандартні діагностичні процедури. Дії всіх служб, в тому числі практичного психолога, визначаються планом, що існує на випадок надзвичайних обставин. Можна застосовувати в багатьох екстремальних ситуаціях і звичайні методи психологічного впливу. Все залежить від цілей психологічного впливу в екстремальних ситуаціях: в одному випадку треба підтримати, допомогти, в іншому — припинити, наприклад, чутки, паніку, в третьому — провести переговори.

Головні принципи термінової психологічної допомоги особам, які перенесли психологічну травму:

- невідкладність;
- наближеність;
- очікування, що нормальний стан відновиться;
- єдність всіх психологічних вимог;
- простота психологічних впливів.

Якщо Ви знаходитесь поруч з людиною, яка одержала психічну травму в результаті впливу екстремальних факторів (під час теракту, аварії, втрати близьких, трагічну звістку, фізичне або сексуальне насильство і т. п.), не втрачайте самовладання.

Принцип невідкладності означає, що допомога потерпілому має бути надана якомога швидше: чим більше часу пройде з моменту травми, тим вища ймовірність виникнення хронічних розладів, в тому числі посттравматичного стресового розладу.

Сенс принципу наближеності полягає в наданні допомоги у звичних обставині і соціальному оточенні, а також з мінімізацією негативних наслідків «госпіталізму».

Принцип очікування, що нормальний стан відновиться: з особою, що перенесли стресову ситуацію, слід поводитися не як з пацієнтом, а як з нормальною людиною. Необхідно підтримати впевненість у швидкому поверненні нормального стану.

Принцип єдності психологічного впливу має на увазі, що або його джерелом має виступати одна особа, або процедура надання психологічної допомоги повинна бути уніфікована.

Принцип простоти психологічного впливу — необхідно відвести потерпілого від джерела травми, надати їжу, відпочинок, безпечне оточення та можливість бути вислуханим.

В цілому *служба термінової психологічної допомоги* виконує наступні базові функції:

- практичну: безпосереднє надання швидкої психологічної та (при необхідності) долікарської медичної допомоги населенню;
- координаційну: забезпечення зв'язків і взаємодії зі спеціалізованими психологічними службами.

Поведінка потерпілого не повинна Вас лякати, дратувати або дивувати. Його стан, вчинки, емоції — нормальна реакція на ненормальні обставини, реакція організму на екстремальні події. У людини, яка пережила екстремальну ситуацію, можуть проявлятися такі реакції:

- маячня (неправильні уявлення чи умовиводи, в помилковості яких потерпілого неможливо переконати);
- галюцинації (потерпілий сприймає об'єкти, які в даний момент не впливають на відповідні органи чуття (чує голоси, бачить людей, відчуває запахи та ін., яких немає насправді);
- спроба самогубства;
- апатія;
- ступор;
- рухове збудження;
- агресія;
- страх;
- істерика.
- нервово тремтіння;
- плач.

Подбайте про свою психологічну безпеку. Не надавайте психологічну допомогу в тому випадку, якщо Ви цього не хочете (неприємно або інші причини). Знайдіть того, хто може це зробити. Дотримуйтеся принципу: «Не нашкодь». Не робіть того, в користі чого Ви не впевнені. Обмежтеся тоді лише співчуттям і як можна швидше зверніться за допомогою до фахівця (психотерапевта, психіатра, психолога).

Допомога потерпілому в стані марення або галюцинації. Зверніться до медичних працівників, викличте бригаду швидкої психіа-

тричної допомоги. До прибуття спеціалістів стежте за тим, щоб потерпілий не нашкодив собі і оточуючим. Приберіть від нього предмети, що представляють потенційну небезпеку. Переведіть потерпілого у відокремлене місце, не залишайте його одного. Говоріть з потерпілим спокійним голосом. Погоджуйтеся з ним, не намагайтеся його переконати. Пам'ятайте: у такій ситуації переконати потерпілого неможливо!

В результаті здійснення великої дослідницької програми німецькі психологи Б. Гаш і Ф. Ласогга розробили ряд рекомендацій для психолога, інших фахівців або добровольців, які працюють в екстремальній ситуації. Ці рекомендації корисні як психологам при безпосередній роботі в місцях масових лих, так і для підготовки рятувальників і співробітників спеціальних служб.

Правила для співробітників рятувальних служб:

- дайте знати потерпілому, що ви поруч і що вже вживаються заходи щодо порятунку; потерпілий має відчувати, що в ситуації, що створилася, він не самотній; підійдіть до потерпілого і скажіть, наприклад: «Я залишусь з вами, поки не приїде швидка допомога». Потерпілого також треба проінформувати про те, що зараз відбувається: «Швидка допомога» вже в дорозі»;
- постарайтеся позбавити потерпілого від сторонніх поглядів; зацікавлені погляди дуже неприємні людині в кризовій ситуації; якщо роззяви не йдуть, дайте їм якість доручення, наприклад, відігнати сторонніх від місця події;
- обережно встановлюйте тілесний контакт; легкий тілесний контакт зазвичай заспокоює постраждалих, тому візьміть потерпілого за руку або поплескайте по плечу (торкатися до голови або інших частин тіла не рекомендується); займіть положення на тому ж рівні, що і потерпілий — навіть, надаючи медичну допомогу, намагайтеся перебувати на одному рівні з потерпілим;
- говоріть і слухайте, уважно слухайте, не перебивайте, будьте терплячими, виконуючи свої обов'язки; говоріть і самі — бажано спокійним тоном, навіть якщо потерпілий непритомніс; не проявляйте нервозності, уникайте докорів; запитайте постраждалого: «Чи можу я що-небудь для вас зробити?»; якщо ви відчуваєте почуття жалю, не соромтеся про це сказати.

10.2. Особливості професійної підготовки фахівців до психореабілітації

Психологічна реабілітація — клієнт-центрована мультидисципліна. Реабілітолога характеризує особистісно-включена позиція. Психолог-реабілітолог працює як з клієнтом, так і з його родиною, а також з реабілітаційною командою.

Підготовка психолога-реабілітолога триває від 9 до 11 років і передбачає певні складові.

1. Знання в магістратурі з таких дисциплін:

- введення в реабілітаційну психологію;
- статистика, методи дослідження;
- копінг-стратегії у разі інвалідності;
- психопатологія;
- психодіагностика;
- психологія інтелекту і особистості;
- техніки терапії (третього курсу);
- сімейна терапія.

2. *Практика в магістратурі.* У перший рік магістратури студенти проходять міні-практикум в реабілітаційному закладі, розрахований на один день на тиждень протягом навчального року. На другому році навчання практикум займає два дні на тиждень. Студент уже має право і можливість проводити діагностику і втручання.

3. *Третій рік навчання в магістратурі* — підготовка диплома, який представляє собою емпіричне дослідження в обсязі наукової публікації під керівництвом одного з викладачів.

4. *Спеціалізація з реабілітаційної психології* можлива після здачі всіх іспитів за два роки навчання в магістратурі. Спеціалізація розрахована на чотири роки, під час яких освоюються як мінімум два напрямки, і вимагає працевлаштування на півставки у відповідній установі. Наприклад, робота з наслідками черепно-мозкової травми і спінальних хворих: стажери отримують знання з діагностики, лікування, ведення хворих, роботи в команді.

5. *Під час спеціалізації здійснюється супервізія від фахівця* в обраній сфері в обсязі 200 годин. Супервізія може бути особиста (один на один) або групова.

6. *Протягом чотирьох років отримання спеціалізації претендент повинен зробити 50 діагностичних випадків.* Під час проходження спеціалізації необхідно отримати університетський документ про закінчення програми навчання в магістратурі, а саме: не менше ніж за два роки до закінчення спеціалізації має бути підготовлений і захищений диплом (теза).

7. *Після чотирьох років спеціалізації здається іспит комісії супервізорів.* Здобувач представляє два випадки: один — діагностичний, один — терапевтичний. З першого разу іспит складають, як правило, 2/3 осіб.

8. *Праця після цього — не менше трьох років фахівцем.*

9. *Праця ще два роки на ставку супервізора з двома спеціалістами (з них по 100 годин супервізії).*

Отримавши таку освіту, психолог-реабілітолог записується в національну Книгу психологів (Ізраїльська модель підготовки) і отримує ліцензію фахівця (супервізора).

Психологічна реабілітаційна робота спрямована на залучення клієнта до рішення побутових та особистісних задач, в результаті чого він стає суб'єктом власної активності. Головним поняттям в реабілітології є якість життя та можливої роботи. Але якість життя вибирає пацієнт і його оточення. Загальні підходи стосуються зміни позиції клієнта, яка повинна еволюціонувати в такий спосіб:

- «я впораюся сам, будь поруч»;
- «допоможи мені»;
- «скажи, що мені робити».

У психологічній реабілітації фахівцю не слід підміняти (заміщати) природні механізми подолати складну життєву ситуацію. Якщо ж ці механізми неефективні, проектується індивідуальні шляхи допомоги. Йдеться, перш за все, про зміну «Я» пацієнта, його самооцінки. У разі фіксованості клієнта на втрачені / недостатні функції, психолог-реабілітолог намагається допомогти йому знайти в собі сили для зміни. Спираючись на позитивні підходи, психолог, соціальний працівник допомагає пацієнтові побачити не тільки катастрофу, але й шанс. Часто очікування хворого знаходяться в протиріччі з природним процесом. В цьому випадку психолог використовує

найрізноманітніші теорії та підходи, щоб привести реальний стан справ і очікування у відповідність.

Таким чином, психолог-реабілітолог працює, в основному, з еkleктичною моделлю.

Психологічна реабілітація в разі раптової травми, хвороби вступає в силу з першого дня. Психолог намагається допомогти хворому знайти сили для відновлення в умовах безповоротної втрати функцій. Як зазначено вище, головне — зміна ставлення хворого до свого «Я». Робота реабілітолога ґрунтується на знанні психології сенсу життя і смерті (психології втрати).

Виділяються такі періоди реабілітації:

- гострий;
- підгострий;
- пізній, що передбачає тривалу реабілітацію.

Переживання хворого в кожен період різноманітні, мають свої етапи, які переходять з одного в інший. Початок, як правило, має загальний характер, реалізується автоматично, а розгортання наступних етапів залежить від індивідуальних характеристик хворого. Це динамічний процес, проходження якого залежить від особливостей особистості і умов середовища. Можуть спостерігатися зупинки, повернення на попередній етап.

1. *Етап шоку і тривоги.* На когнітивному рівні — нерозуміння ситуації, ще немає паніки. Реакція на катастрофу викликає стійкі порушення функціонування. Виникають проблеми самосприйняття. Характерні ступор, сплутаність свідомості. Хворий не вірить, що відбувається з ним. Спостерігаються симптоми порожнечі, відсутності, деперсоналізації. Цей відрив від реальності, спрямування усієї енергії всередину є закономірною реакцією, яка направлена на те, щоб зберегти «Я». В кінці цього етапу починається розуміння події, за цим — паніка, страх життя в ситуації втрати, страху смерті. Перший етап проходить у кожної людини по-різному, займаючи час від декількох днів до декількох тижнів.

Всі фахівці вважають, що людині необхідно пройти всі етапи. Не треба захоплюватися психотропними засобами, основний акцент ставиться на роботі психологів. Ліки застосовують в крайніх випадках,

в мінімальних дозах. На етапі шоку працює вся команда. Головним переживанням хворого є думка, що «світ розсипався». Фахівці мають вступити у контакт і всі розмови спрямувати на доказ того, що «світ існує». Частина підтримки — пояснити людині, що саме вона перенесла, чого варто очікувати, які подальші перспективи. Крім того, важливо пояснити, що переживання хворого є нормальними, дати йому «легалізацію» його реакцій.

2. *Етап включення захисних механізмів.* Змістом цього етапу є або переговори (з Богом або вищою силою, лікарями), або заперечення всього. Один з найбільш проблемних етапів. Людина сподівається, що повністю одужає, не в силах об'єктивно оцінити ситуацію, а рекомендації реабілітаційної команди не приймає. У цій ситуації важко розмежувати особистісні та ментальні проблеми, наприклад, спинальний хворий заперечує, що він паралізований. Хворі з усіма видами травм, інсультами, іншими обмеженнями здоров'я, що раптово виникли, а також члени сім'ї постраждалих проходять цей етап. Таким чином, в центрі процесу — як хворий, так і його сім'я.

У цей час головне — не сперечатися, не переконувати, не тиснути, а м'яко пояснювати реальний стан речей. Завдання — підвести хворого до усвідомлення реальності. Якщо у людини через місяць не відновлюється рухова функція руки, то лікар пояснює, що його рука ніколи не буде рухатись. Таке пояснення проводиться індивідуально, залежно від особливостей пацієнта. Багато хворих слухають, але «не чують». Один потребує зустрічі з суворою дійсністю, для іншого важливий акцент на існуючі можливості. Тут необхідна робота психолога як з хворим, так і з усією реабілітаційною командою.

3. *Етап початку розуміння та прийняття.* Змістом цього короткого етапу є переживання скорботи, депресії, злості (для невірних). Попри нетривалість, це переживання неймовірно важливе. Якщо хворий не сумує, це ненормально, значить, він залишився на попередній стадії. У цьому випадку не буде сильного внутрішнього розуміння і прагнення змінити усвідомлений стан речей. Оплакування втрати призводить до загальної реакції — депресії. Хворий закривається, він всередині себе, не хоче контактувати, живе в своїх фантазіях. Зовні, як правило, виглядає погано. Відбувається як би регресія.

Можливі два прояви описуваного етапу: один — пасивність, відсутність мотивації, другий — гіперреакція, що виявляється в озлобеності, самозвинуваченні.

Одним із способів виведення пацієнта з описаних переживань є демонстрація навіть мінімальної можливості самостійності. І психолог, і вся реабілітаційна команда підбирають відповідні завдання, ділять їх на маленькі етапи. Хворому необхідно надавати такі завдання, в яких він буде успішний.

4. *Етап реорганізації та реінтеграції.* З огляду на можливість повернення до минулих етапів, необхідно пояснювати її хворому. Головним завданням є встановлення партнерських відносин. Всі зусилля докладаються разом із сім'єю та командою. Підтримка сім'ї є дуже важливим напрямком роботи; психолог прагне разом з клієнтом пройти шлях від симбіозу з сім'єю до їх віддалення від зайвої опіки, без шкоди для обох сторін.

Напрямки роботи конкретизуються залежно від характеру обмеження здоров'я (ментальна недостатність, неврологічні або соматичні захворювання), часу виникнення недостатності (вродженої або набутої).

Зміни в реабілітаційній службі, які сьогодні відбуваються на місцевому рівні, є вкрай необхідними і невідкладними для відновлення фізичного та психічного здоров'я народу України в результаті військових дій — на рівні як групових занять, так і на індивідуальних, — проте потрібні комплексні підходи до реабілітаційного процесу. Комплексний підхід має на меті формування гармонійної особистості та уникнення примітивізації роботи реабілітологів. Патологія, з якою сьогодні зустрічаються реабілітаційні команди, є надзвичайно важкою, але в Україні, на жаль, лише деякі фахівці мають досвід роботи з такими станами.

Теми доповідей

1. Термінова психологічна допомога.
2. Психологічна реабілітація в разі раптової травми, хвороби.
3. Період і етапи реабілітації.
4. Психореабілітація.
5. Професійна психореабілітація фахівців.

6. Допомога потерпілому в стані марення або галюцинації.
7. Принципи термінової психологічної допомоги особам, які перенесли психологічну травму.
8. Поведінка потерпілого, котрий пережив надзвичайну ситуацію.
9. Види і типи надзвичайних ситуацій.
10. Джерела, зона надзвичайних ситуацій. Параметри оцінки збитку внаслідок надзвичайних ситуацій.

Контрольні питання

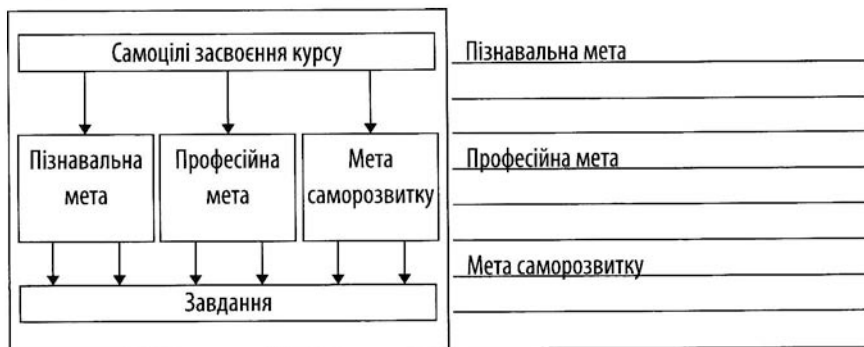
1. Що характерне для надзвичайної ситуації?
2. Які виділяють види надзвичайних ситуацій?
3. Що являє собою зона відчуження і вогнище ураження?
4. За якими основними параметрами проводиться оцінка збитку внаслідок НС?
5. Що являє собою термінова психологічна допомога?
6. Які мета та завдання надання термінової психологічної допомоги?
7. Які принципи надання термінової психологічної допомоги?
8. Які базові функції виконує служба термінової психологічної допомоги?
9. На що спрямована психологічна реабілітація в разі раптової травми, хвороби?
10. Які особливості характерні для психологічної реабілітації для етапу шоку та тривоги, етапу включення захисних механізмів, етапу початку розуміння і прийняття, етапу реорганізації та реінтеграції?

ТЕМА 11. ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА З ПОСТТРАВДАЛИМИ

План

- 11.1. Правила надання першої психологічної допомоги.
- 11.2. Психологічна допомога постраждалим в ситуаціях втрати.
- 11.3. Феномен посттравматичного стресового стану: психологічна допомога.
- 11.4. Соціально-психологічна робота з мігрантами, біженцями, внутрішніми переселенцями, безпритульними.

Ключові терміни: перша психологічна допомога, ситуація втрати, психотравма, посттравматичний стресовий стан, міграція населення, мігранти, біженці, гуманітарний статус, конвенційний біженець, внутрішні переселенці, безпритульні.



11.1. Правила надання першої психологічної допомоги

Перша психологічна допомога (ППД) — сукупність заходів загальнолюдської підтримки та практичної допомоги ближнім, які страждають. Вона включає:

- ненав'язливе надання практичної допомоги та підтримки;
- оцінку потреб і проблем;
- надання допомоги в задовольненні насущних потреб (таких, наприклад, як їжа, вода, інформація);
- вміння вислуховувати людей, але не змушуючи їх говорити;

- вміння втішити і допомогти людині заспокоїтися;
- надання допомоги в отриманні інформації, встановлення зв'язку з відповідними службами та структурами соціальної підтримки;
- захист від подальшого збитку.

Особливості надання першої психологічної допомоги. Важливо також розуміти, що не входить у поняття ППД. Це не та допомога, яку можуть надавати тільки фахівці, це не обов'язково професійна консультація, ППД не передбачає детального обговорення подій, які викликали стан дистресу, це не прохання до потерпілого проаналізувати, що з ним сталося, і встановити точну хронологію і суть подій. ППД можна надавати в будь-якому, досить безпечному місці або в місцях надання допомоги постраждалим, в тому числі у медичних установах, притулках, таборах переселенців, школах, пунктах розподілу продуктів харчування або інших видів допомоги. В ідеалі необхідно намагатися надавати ППД там, де за необхідності можна поговорити з людиною без перешкод з боку оточуючих.

Існують *етичні правила надання ППД*, які мають на увазі захист безпеки, гідності і прав людини. Необхідно: бути чесним і гідним довіри, поважати право людей самим приймати рішення, усвідомити і відкинути власні упередження та забобони, чітко дати людям зрозуміти, що навіть якщо вони відмовляються від допомоги зараз, вони можуть звернутись за нею в майбутньому, дотримуватись конфіденційності і не допускати необґрунтованого поширення отриманих від людини особистих даних, вести себе з урахуванням особливостей культури, віку і статі постраждалих.

Людині, яка надає допомогу, не можна зловживати своїм становищем, просити гроші або послуги за надання допомоги, давати неправдиві обіцянки або повідомляти недостовірні відомості, перебільшувати свої знання і навички, нав'язувати свою допомогу, вести себе наполегливо і безцеремонно, змушувати людей говорити про те, що з ними сталося, поширювати отримані відомості особистого характеру, давати оцінку вчинкам і переживанням людей.

При наданні ППД необхідно також дбайливо ставитися до себе. Відповідальне надання допомоги означає турботу про власні здоров'я і благополуччя, а саме:

- хоча ви надаєте допомогу іншим, на вас може негативно позначитись пережите в ситуації, або ви і ваша сім'я опинитесь в числі постраждалих;
- важливо звернути особливу увагу на власне благополуччя, і бути впевненим, що ви фізично та емоційно в змозі допомогти іншим;
- бережіть себе, щоб краще піклуватися про інших; якщо ви працюєте в команді, поцікавайтесь самопочуттям своїх товаришів.

Що необхідно говорити і робити при наданні ППД:

- постарайтесь знайти для розмови тихе місце, де вас ніщо не буде відволікати;
- поважайте конфіденційність і, за можливості, не розголошуйте повідомлені вам особисті відомості;
- будьте поруч з людиною, але дотримуйтесь необхідної дистанції з урахуванням її віку, статі та культури;
- виявляйте своїм виглядом, що уважно слухаєте — говорить, наприклад, киваючи головою або вимовляючи короткі підтверджуючі репліки;
- будьте терплячим і спокійним;
- надавайте фактичну інформацію, якщо вона у вас є, чесно говоріть, що знаєте, а чого не знаєте: «Я не знаю, але постараюся вам дізнатися»;
- надавайте інформацію так, щоб її легко було зрозуміти, — простими словами;
- висловлюйте співпереживання, коли люди говорять вам про свої почуття, перенесену втрату або важливі події (життя на вулиці, смерть близької людини);
- дайте людині можливість помовчати.

Що не можна говорити і робити при наданні ППД:

- не змушуйте людину розповідати, що з нею сталося;
- не перебивайте і не квапте співрозмовника (наприклад, не дивіться на годинник і не говоріть занадто швидко);
- не доторкайтесь до людини, якщо не впевнені, чи прийнято це в її культурному середовищі;
- не давайте оцінок тому, що людина зробила або не зробила, або її емоціям;

- не вигадувати того, чого не знаєте;
- не використовуйте занадто спеціальні терміни;
- не давайте помилкових обіцянок;
- не перекладайте співрозмовнику розповіді, почуті від інших;
- не кажіть про власні труднощі;
- не думайте і не дійте так, ніби зобов'язані вирішити інші всі її проблеми;
- не лишайте людину віри у власні сили і здатність самої подбати про себе;
- не кажіть про людей, використовуючи негативні епітети (наприклад, не називайте їх «божевільними»).

11.2. Психологічна допомога постраждалим в ситуаціях втрати

Реакції горя виникають в ситуації будь-якої втрати (смерті близької людини, розлучення, тривалої розлуки, важкої операції, переживань, що пов'язані з ампутацією тощо). Виділяють чотири фази горя.

1. Фаза «Шок і заціпеніння» (тривалість цієї фази — від декількох секунд до декількох тижнів), її ознаки:

- відчуття нереальності того, що відбувається;
- відчуття збільшення емоційної дистанції від оточуючих;
- душевне оніміння та бездушність;
- малорухливість, що змінюється хвилинами метушливої активності;
- переривчастий подих, особливо на вдиху;
- втрата апетиту;
- труднощі з засинанням;
- поява манери поведінки померлого (пішов).

2. Фаза «Страждання» (триває шість-сім тижнів), її ознаки:

- відчуття присутності померлого;
- ідеалізування померлого;
- дратівливість, злість, почуття провини стосовно померлого;
- ослаблення уваги, неможливість сконцентруватись, порушення пам'яті на поточні події;
- тривога, бажання усамітнитися;
- порушення сну;

- сексуальні порушення;
- млявість — відчуття, ніби порожньо в шлунку, клубок у горлі;
- підвищена чутливість до запахів.

3. *Фаза «Прийняття»* (зазвичай закінчується через рік після втрати), її ознаки:

- відновлюються сон і апетит;
- втрата перестає бути головною подією в житті;
- іноді можуть бути гострі напади горя;
- з'являється здатність планувати своє життя з урахуванням втрати.

4. *Фаза «Відновлення»*, її ознаки:

- горе змінюється смутком;
- втрата сприймається як щось неминуче.

Хворобливі реакції горя. Реакції горя можуть проявитися не відразу після трагічної події. При їх затримці виникають інші реакції:

- підвищується активність без почуття втрати;
- з'являються симптоми захворювання померлої людини;
- розвиваються хвороби «на нервовому ґрунті»;
- спостерігаються апатія, безвілля;
- знижується самооцінка, виникає почуття власної неповноцінності;
- з'являються думки про самопокарання (самогубство).

Смерть близької людини: психологічна допомога дорослому

1. *У час фази «Шок і заціпеніння»:*

- не залишайте постраждалого одного;
- говоріть про померлого в минулому часі;
- частіше торкайтеся потерпілого (обіймайте, кладіть руку на плече, беріть його руку в свою);
- давайте йому можливість відпочити, слідкуйте за тим, щоб він приймав їжу;
- допомагайте потерпілому приймати необхідні рішення;
- залучайте потерпілого до організації похорону;
- не кажіть: «Від такої втрати ніколи не оговтатися, тільки час лікує, на все воля Божа» тощо;
- переконайте потерпілого по можливості відмовитися від психотропних засобів.

2. У час фази «Страждання»:

- дайте потерпілому можливість побути на самоті, відпочити;
- не намагайтесь припинити плач, не заважайте проявляти агресію;
- розмову про померлого переводьте у сферу почуттів;
- давайте пити багато води (до двох літрів на день);
- забезпечте потерпілому фізичні навантаження (прогулянки по 45 хвилин);
- переконуйте, що страждання буде незавжди, що все можна пережити, що втрата — не покарання, а частина нашого життя, що у втраті немає сенсу, мети, плану, не треба їх шукати;
- поставтеся до потерпілого з увагою, але будьте з ним суворі;
- поясніть, що закінчення скорботи — це не те саме, що забути кохану людину.

3. У час фази «Прийняття»:

- переводьте розмови про померлого на тему майбутнього; жінки і хлопчики-підлітки охочіше будуть розмовляти про власну зовнішність, чоловіки — про роботу, дівчатка-підлітки — про перспективи навчання або роботи;
- звертайте увагу потерпілого на його здоров'я, тому що в цей період може різко знизитися імунітет.

При хворобливих реакціях горя і «застряванні» на тривалий час у фазі «Страждання» необхідна кваліфікована психологічна допомога. Зверніть особливу увагу на людину, яка страждає, встановіть причину:

- психічне захворювання;
- втрата дитини;
- померлий був єдиним родичем;
- смерть настала при нез'ясованих обставинах, тіло не було знайдене, загибель сталася в результаті самогубства.

Якщо своєчасно не надати допомогу, стан потерпілого погіршиться. Це може призвести до серцевих і інфекційних захворювань (бо різко знижується імунітет), нещасних випадків, алкоголізму, депресії та інших розладів. Від людей, які пережили смерть близьких, можна почути: «Зі мною все в порядку», «Не ятріть рану». Найчастіше це — лише прикриття своєї нездатності говорити про те, що сталося. Знайте: такий стан є дуже небезпечним для здоров'я!

11.3. Феномен посттравматичного стресового стану: психологічна допомога

Сучасні уявлення про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) склалися остаточно до 1980 р., проте інформація про вплив травматичних переживань фіксувалася протягом століть. Розлади, що розвиваються у результаті пережитої катастрофи (на відміну від «звичайних» психогенних станів), описувалися і діагностували і раніше. Так, ще у 1867 р. J. Erichsen опублікував роботу «Залізнична та інші травми нервової системи», в якій описав психічні розлади у осіб, що пережили аварії на залізниці.

В рамках теорії посттравматичного розладу в кінці 1980-х років в кризовій психології виникло та оформилося поняття «*психічна травма*», або *психотравма*.

Психотравма — подія, яка сприймається людиною як загроза її існуванню, яка порушує її нормальну життєдіяльність, стає для неї подією травматичною, тобто потрясінням, переживанням особливого роду.

Психологам і психотерапевтам в Україні все частіше доводиться працювати з людьми, котрі перенесли психічну травму внаслідок війни на Сході країни:

- вимушеними переселенцями, які не можуть знаходитися вдома через загрозу життю або волі їм та їхнім близьким;
- жертвами захоплення в заручники;
- постраждалими від бомбардувань, обстрілів;
- людьми, які пережили загибель родичів;
- особами, які втратили житло, власність, бізнес, роботу;
- пораненими;
- людьми, які потерпають від розлучень, конфліктів-протистоянь у сім'ях внаслідок війни;
- внутрішніми переселенцями, які не мають домівки і не знають, коли повернуться додому;
- людьми, які пережили розбійні та насильницькі напади;
- внутрішніми переселенцями, які потерпають від нерозуміння

та відсутності співчуття співвітчизників до того стану, в якому вони опинилися, та ін.

Дослідження ПТСР-синдрому у 1980-х роки стали ще ширшими. Війна у В'єтнамі стала потужним стимулом для досліджень американських психіатрів і психологів, які до кінця 1970-х років накопичили значний матеріал про психопатологічні та особистісні розлади в учасників війни. Схожа симптоматика виявлялася і в осіб, які постраждали в інших ситуаціях, близьких за тяжкістю психогенного впливу.

У зв'язку з тим, що цей симптомокомплекс не відповідав ні одній із загальноприйнятих нозологічних форм, у 1980 р. М. Горовіц (Horowitz, 1980) запропонував виділити його як самостійний синдром, назвавши його «посттравматичним стресовим розладом» (posttraumatic stress disorder, PTSD). З метою розвитку та уточнення різних аспектів ПТСР у США було виконано численні дослідження. Серед них виділяються роботи Егендорфа зі співавторами і Боуландера зі співавторами. Перша з них присвячена порівняльному аналізу особливостей адаптаційного процесу у в'єтнамських ветеранів та їх ровесників, які не воювали, а друга — вивченню особливостей відстроченої реакції на стрес у того ж контингенту. Результати цих досліджень не втратили своєї важливості і досі. Основні підсумки міжнародних досліджень було узагальнено в колективній двотомній монографії «Травма та її слід», де поряд з особливостями розвитку ПТСР військової етіології наводяться і результати вивчення наслідків стресу у жертв геноциду, інших трагічних подій або насильства над особистістю. У 1988 р. були також опубліковані дані загальнонаціональних ретестових досліджень різних аспектів післявоєнної адаптації ветеранів в'єтнамської війни. Ці роботи дозволили уточнити багато питань, пов'язаних з природою і діагностикою ПТСР.

Початок систематичних досліджень постстресових станів, викликаних переживанням природних та індустріальних катастроф, можна віднести до 1950–1960-х років. Число робіт, присвячених наслідкам катастроф, які виявляють наявність ПТСР, набагато менше, ніж кількість досліджень, проведених з ветеранами бойових дій.

Головний зміст психологічної травми — втрата віри в те, що життя організоване відповідно до визначеного порядку і піддається контролю. Травма впливає на сприйняття часу, і під її впливом змінюється бачення минулого, теперішнього і майбутнього. За інтенсивністю пережитих почуттів травматичний стрес співмірний з усім попереднім життям. Через це він здається найбільш істотною подією життя, як би «вододілом» між тим, що сталося до і після травмуючої події, а також всім, що відбуватиметься потім.

Якщо раніше основне занепокоєння викликали такі наслідки екстремальних ситуацій, як кількість смертей, фізичних хвороб і травм, то зараз серед фахівців зростає стурбованість їх наслідками для психосоціального і душевного здоров'я населення. У людей, які перенесли психотравму:

- 80% осіб нормально функціонують,
- у 20% через деякий час (два-шість місяців) виникають ті чи інші проблеми у одній або декількох сферах життя: афективній, психосоціальній, професійній, психосоматичній, — що потребує негайного психотерапевтичного втручання, як можна ближче за часом до перенесеної травми, та дозволяє запобігти багатьом небажаним наслідкам і переходу процесу в хронічну форму.

Надзвичайні (екстремальні) ситуації характеризуються, перш за все, надсильним впливом на психіку людини, що викликає у неї травматичний стрес. Психологічні наслідки травматичного стресу в крайньому своєму прояві виражаються у посттравматичному стресовому розладі (ПТСР), що виникає як затяжна або відстрочена реакція на ситуації, пов'язані з серйозною загрозою для життя чи здоров'я.

Інтенсивність стресогенного впливу в ситуаціях, які пов'язані із загрозою існуванню людини, буває настільки велика, що особистісні особливості або попередні невротичні стани вже не відіграють вирішальної ролі в генезі ПТСР. Звичайно, їх наявність може сприяти розвитку, відбиватися на перебігу або клінічній картині ПТСР, проте це може розвинутися до катастрофічних розмірів практично у кожної людини, навіть при повній відсутності явної особистісної схильності.

У психологічній картині ПТСР специфіка травматичного стресора (військові дії або насильство та ін.), безумовно, враховується, хоча загальні закономірності виникнення та розвитку ПТСР не залежать від того, які конкретні травматичні події стали причиною психологічних і психосоматичних порушень. Головним є те, що ці події мали екстремальний характер, виходили за межі звичайних людських переживань і викликали інтенсивний страх за своє життя, жах і відчуття безпорадності.

Важливими характеристиками важкого психотравмуючого фактора є несподіванка, стрімкий темп розвитку катастрофічної події та тривалість впливу, а також повторюваність протягом життя. Згідно з клінічною типологією та класифікацією посттравматичного стресового розладу, в цю групу розладів віднесено:

- зтяжні патологічні стани у військовослужбовців;
- зтяжні патологічні стани у ветеранів війни;
- зтяжні патологічні стани колишніх депортованих та екс-військово-полонених після короткочасного або тривалого екстремального впливу.

В рамках посттравматичної патології більшість авторів виділяють три основні групи симптомів:

1) надмірне збудження (включаючи вегетативну лабільність, порушення сну, тривогу, нав'язливі спогади, фобічне уникнення ситуацій, що асоціюються з травматичною);

2) періодичні напади депресивного настрою (притупленість почуттів, емоційне заціпеніння, відчай, свідомість безвиході);

3) риси істеричного реагування (паралічі, сліпота, глухота, припадки, нервові тремтіння).

В даний час ряд зарубіжних авторів пропонує доповнити діагностику постстресових порушень ще однією категорією — *посттравматичними особистісними розладами* (або РТПД — *posttraumatic personality disorder*), оскільки присутність хронічних симптомів ПТСР часто відзначається протягом усього подальшого життя людини, яка пережила масовану психотравму. Безумовно, що така травма здатна залишити незабутній відбиток в душі людини і призвести до патологічної трансформації всієї її особистості.

Серед невротичних і патохарактерологічних синдромів виділено такі синдроми, характерні для ПТСР-стану:

- *«солдатське серце»* (біль за грудиною, серцебиття, уривчастість дихання, підвищена пітливість);
- *синдром виживання* (хронічне «почуття провини, що залишився в живих»);
- *флешбек-синдром* (насилено вторгаються в свідомість спогади про «нестерпні» події);
- *прояви «комбатантної» психопатії* (агресивність і імпульсивна поведінка зі спалахами насильства, зловживання алкоголем і наркотиками, безладність сексуальних зв'язків при замкнутості і підозрілості);
- *синдром прогресуючої астенії* (післялагерна астенія, що спостерігається після повернення до нормального життя у вигляді швидкого старіння, падіння ваги, психічної млявості і прагнення до спокою);
- *посттравматичні стани* (набута інвалідність з усвідомленою вигодою від належних пільг і привілеїв з переходом до пасивної життєвої позиції).

Ці стани мають певну динаміку, зокрема — посттравматична симптоматика з віком може не тільки не слабшати, а ставати все більш вираженою. Сьогодні термін ПТСР все частіше використовується стосовно наслідків таких катастроф мирного часу:

- природні (кліматичні, сейсмічні);
- екологічні та техногенні катаклізми;
- пожежі;
- терористичні дії;
- присутність при насильницькій смерті інших у випадку розбійного нападу;
- нещасні випадки, в тому числі при транспортних і виробничих аваріях;
- сексуальне насильство;
- захворювання, що загрожують життю;
- сімейні драми.

Діагностичні критерії ПТСР. Посттравматичний стресовий розлад (post-traumatic stress disorder) було включено в DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder — класифіка-

ційний психіатричний стандарт, підготовлений Американською психіатричною асоціацією). У 1994 р. у США введено нову, четверту редакцію — DSM-IV (DSM-IV, 1994). До недавнього часу діагноз ПТСР — як самостійна нозологічна форма в групі тривожних розладів — існував тільки в США. Однак, у 1995 р. цей розлад і його діагностичні критерії з DSM було введено і в десяту редакцію Міжнародного класифікатора хвороб МКБ-10 — основного діагностичного стандарту в європейських країнах, включно Росію (МКБ-10, 1995). Згідно з МКБ-10, слідом за травмуючими подіями, які виходять за рамки звичайного людського досвіду, може розвиватися посттравматичний стресовий розлад.

Під «звичайним» людським досвідом розуміють такі події, як втрата близької людини, що відбулася в силу природних причин, важка хронічна хвороба, втрата роботи або сімейний конфлікт.

До стресорів, які виходять за рамки звичайного людського досвіду, відносяться події, які здатні травмувати психіку практично будь-якої здорової людини:

- стихійні лиха;
- техногенні катастрофи;
- події, які є результатом цілеспрямованої, нерідко злочинної діяльності (диверсії, терористичні акти, тортури, масове насильство, бойові дії, потрапляння в «ситуацію заручника», руйнування власного будинку і т. д.).

***Діагностика хронічної зміни особистості** після переживання екстремальної ситуації в МКБ-10 передбачає відповідність стану п'яти критеріям.*

1. Анамнестичні відомості про появу виражених і стійких змін у сприйнятті, мисленні та у відношенні індивідуума до себе і оточуючих після перенесеної ним екстремальної ситуації.

2. Зміни особистості мають виражений характер, супроводжуючись ригідною та неадекватною поведінкою, яка спостерігається у разі, якщо наявні щонайменше два з п'яти симптомів:

- стійке вороже або недовірливе ставлення до навколишнього світу за відсутності такої настановки до потрапляння в екстремальну ситуацію;

- соціальна ізоляція (уникнення контакту з людьми, крім небагатьох, що живуть разом рідних), не обумовлена якимось психічним, в тому числі афективним розладом;
- стійке відчуття внутрішньої порожнечі та безнадійності (що не обмежується окресленим епізодом афективного розладу і було відсутнє до екстремальної ситуації), яке може бути викликане підвищеною залежністю від інших, нездатністю виразити негативні або агресивні емоції та стійким депресивним афектом без вказівки на те, що депресивний розлад був наявний і перед екстремальною ситуацією;
- стійке відчуття нервозності або безпричинної загрози, що виявляється у підвищеній пильності та дратівливості за відсутності таких рис до екстремальної ситуації;
- стан хронічного внутрішнього напруження і почуття загрози може поєднуватись зі схильністю до зловживання психоактивними речовинами;
- стійке відчуття власної зміни або інакшості у порівнянні з іншими людьми (відчуження), і це почуття може поєднуватись з відчуттям емоційної оглушення.

3. Зміни особистості мають такі наслідки: виражене зниження соціального функціонування або суб'єктивне страждання і негативний вплив на близьких.

4. Зміни особистості можна оцінювати тільки після екстремальної ситуації, оскільки в анамнезі відсутні дані про порушення розвитку, психопатичні риси чи акцентуації в дитячому, підлітковому і дорослому періоді, які могли б пояснити актуальний стан.

5. Зміни особистості після екстремальної ситуації тривають не менше двох років, вони не пов'язані з епізодами інших психічних захворювань (за винятком посттравматичного стресового розладу) і не можуть бути пояснені органічним ураженням мозку.

Підходи до терапії ПТСР. В даний час не існує усталеної точки зору на результати лікування ПТСР: одні дослідники вважають, що ПТСР — розлад, який можнавилікувати; інші — що його симптоми повністю не можливо усунути.

ПТСР зазвичай викликає порушення в соціальній, професійній та інших важливих сферах життєдіяльності. Очевидно, одне: лікування ПТСР — процес тривалий і може продовжуватись кілька років.

Ключовий момент психотерапії клієнта з ПТСР — інтеграція того далекого, неприйнятного, жахливого і незбагненого, що з ним трапилося, в його уявлення про себе (Образ «Я»). У зв'язку з цим існує **чотири стратегії терапії**, що дозволяють досягти цієї мети.

1. Підтримка адаптивних навичок «Я». Одним з найбільш важливих аспектів тут є створення позитивного ставлення до терапії.

2. Формування позитивного ставлення до симптомів. Сенс даної стратегії полягає в тому, щоб навчити клієнта сприймати свої розлади як нормальні для тієї ситуації, яку він пережив, і тим самим запобігти подальшій його травматизації самим фактом існування цих розладів.

3. Зниження бажання уникати (бо прагнення клієнта ухилитися від всього, що пов'язане з психічною травмою, заважає йому переробити її досвід).

4. Зміна атрибуції сенсу. Мета цієї стратегії — змінити смисл, який клієнт надає перенесеній психічній травмі, і таким чином створити у клієнта відчуття «контролю над травмою».

Психотерапія повинна звертатися до двох *фундаментальних аспектів посттравматичного розладу*:

- зниження тривоги;
- відновленню почуття особистісної цілісності та контролю над тим, що відбувається.

Психотерапевтичні методи при ПТСР.

1. Рациональна психотерапія — коли клієнту роз'яснюють причини та механізми ПТСР.

2. Християнська психологія — дозволяє переосмислити сенс життя та змінити ставлення до психотравми та подій, що відбулися, віднайти сили жити далі, позбутися самотності, відчувати захист та підтримку.

3. Методи психічної саморегуляції для зняття симптомів напруги і тривоги: аутотренінг, прогресивна м'язова релаксація, активна візуалізація позитивних образів.

4. Когнітивна психотерапія — використовується для переосмислення дезадаптивних думок і зміни негативних настанов.

5. Особистісно-орієнтована терапія — дозволяє змінити ставлення потерпілого до психотравмуючої ситуації і прийняти відповідальність, якщо не за неї, то за своє до неї ставлення.

6. Позитивна терапія, гештальт-підхід — засновані на уявленні, що існують не тільки проблеми і хвороби, а й способи та можливості їх подолання, притаманні кожній людині.

Конкретна форма психотерапії залишається предметом вибору для більшості хворих, які пережили психотравму. В кінцевому рахунку, травматизація руйнує когнітивні «Я»-схеми жертви і її погляд на світ; відтворення зруйнованого буває болючим. Найрізноманітніші рівні психотерапевтичних технік можуть виявитися ефективним форматом роботи: вислуховування, консультування, короткострокова динамічна психотерапія.

11.4. Соціально-психологічна робота з мігрантами, біженцями, внутрішніми переселенцями, безпритульними

Міграція населення — одна зі складових соціально-економічного розвитку країни, а міграційна політика займає велике місце у соціальній політиці будь-якої держави. Це процес переселення людей, які перетинають кордони тих чи інших територій зі зміною місця проживання назавжди або на тривалий термін.

Міграція (лат. migration) — переміщення, переселення людей, пов'язане зі зміною місця проживання на строк не менше шести місяців. Таке переселення може здійснюватися у межах однієї країни — *внутрішня міграція*, або з однієї країни в іншу — *зовнішня, міжнародна міграція*.

Внутрішня (вимушена) міграція виникає в результаті стихійних лих, військових конфліктів, сплесків ксенофобії (гострої етнічної та релігійної неприязні частини населення до певних національних або конфесійних груп), політичних репресій та інших несприятливих змін економічної або соціально-політичної ситуації в тій чи іншій країні або регіоні. Вимушена міграція людей відбувається з незалежних від них причин. При цьому серйозно порушуються соціальні права людей, відбувається їх відрив від звичних умов — з одного середовища вона переміщається в інше, болісно розриваючи соціальні зв'язки та поступово

створюючи такі зв'язки на новому місці. Міграція є однією з найважливіших проблем народонаселення і розглядається не тільки як просте механічне пересування людей, а як складний суспільний процес, що зачіпає багато сторін соціально-економічного життя.

Міграцію населення класифікують за рядом ознак. Зупинимось на найважливіших класифікацій. Залежно від характеру перетинання кордонів розрізняють зовнішню та внутрішню.

Зовнішня міграція населення складається з двох потоків — еміграція та імміграція. У потоці емігрантів з держави розрізняють три основні групи — за причиною їх переїзду:

- постійне місце проживання;
- пошук тимчасової роботи за кордоном та повернення після закінчення терміну договору;
- навчання, туристичні поїздки, відпочинок.

Внутрішня міграція — переміщення в межах однієї країни між адміністративними або економіко-географічними районами, населеними пунктами тощо. Внутрішня міграція є основним компонентом розвитку загальної міграційної ситуації в країні. В Україні — в даний час — внутрішня міграція обумовлена проведенням війни на Сході країни. Серед всіх видів міграції особливого значення набула вимушена міграція, яка стала однією з характерних рис сучасності. Допомога мігрантам і біженцям, внутрішнім переселенцям є одним з актуальних напрямків сучасної соціальної роботи.

Біженець — особа, яка через цілком обґрунтовані побоювання стала жертвою переслідувань за ознаками раси, віросповідання, громадянства, належності до певної соціальної групи або політичних переконань. Така особа перебуває за межами країни своєї громадянської належності та не може користуватися захистом цієї країни (або не бажає користуватися таким захистом внаслідок таких побоювань); або, не маючи певного громадянства та перебуваючи за межами країни свого колишнього місця проживання — в результаті вказаних вище причин, не може чи не бажає повернутися до своєї країни через такі побоювання. Джерелом цього визначення є Конвенція про статус біженця, прийнята у 1951 р., і Протокол, що стосується статусу біженців, прийнятий у 1967 р.

Гуманітарний біженця — статус, який надає право невисилання, оскільки ці особи, якщо будуть повернуті в свої країни, можуть опинитись у небезпеці внаслідок поширеного насильства, іноземної агресії, внутрішніх конфліктів, порушень прав людини або інших обставин, що серйозно порушують громадський порядок. Такі біженці не мають права на надання тих же самих економічних і соціальних пільг, які надаються конвенційним біженцям.

Конвенційний біженець — біженець, статус якого визнається державою, яка є учасником Конвенції 1951 р. та / або Протоколу 1967 р.

Допомога — матеріальна підтримка, включаючи харчування, дах, медичну допомогу та такі економічні і соціальні послуги, як право на отримання проїзних документів, працевлаштування та освіти.

Соціально-психологічна робота як вид професійної діяльності полягає в наданні багатопланової допомоги нужденним людям. Вона здійснюється на основі законодавства, змінюється та вдосконалюється. Соціальна робота в цьому значенні проводиться у всіх сферах суспільства — там, де виникає необхідність у соціальній підтримці людини.

Поняття статусу біженця не завжди знаходить чітке розуміння серед самих біженців. Людям, які втекли зі своєї країни, непросто збагнути ті процедури, яким вони повинні тепер слідувати, щоб уникнути висилки назад. Може трапитись, що особи, які подали клопотання про визнання їх як біженців, не в змозі стверджувати, що у них є «цілком обґрунтовані побоювання переслідування», проте в разі повернення в свою країну вони опиняться у небезпеці внаслідок названих вище причин.

Такі особи також можуть бути визнані як біженці в ширшому сенсі, ніж той, який закладено в установленому законом визначенні. Нездорідність біженців передбачає поділ їх на такі групи:

- біженці тимчасові транзитні, які передбачають повернутися в місце колишнього проживання;
- біженці безповоротні, які планують оселитися на території іншої держави.

Біженці другої групи часто стикаються з серйозними проблемами в плані соціального захисту через те, що не приділяється належної уваги вирішенню завдань організованого розселення вимушених мігрантів,

переходу від надання їм першої термінової допомоги до створення умов для нормального життя, забезпечення зайнятості та дотримання прав людини. Зберігається проблема соціально-економічної адаптації мігрантів, які не мають статусу вимушених переселенців або біженців. Служба зайнятості сприяє в професійній підготовці та перепідготовці вимушених переселенців і трудових мігрантів з урахуванням кон'юнктури ринку праці, здійснює квотування робочих місць, сприяє самозайнятості та організації ними малих підприємств. Сім'ї з неповнолітніми дітьми викликають особливу турботу. Діти, які були змушені разом із сім'єю змінити місце проживання, часто піддаються приниженням за національною ознакою, потребують особливого підходу, психологічної реабілітації та допомоги в адаптації. У центрах соціальної допомоги сім'ї та дітям проводиться соціально-психологічна реабілітація дітей, а також робота з батьками.

Безпритульність і бездоглядність. Таке явище отримало найбільшого поширення серед соціальних явищ за останнє десятиліття. Практика показує, що система навчально-виховної роботи в установах для бездоглядних дітей та дітей, які залишилися без піклування батьків, не готує вихованців до самостійного життя в суспільстві. Після виходу за межі цих установ вихованці відчують глобальні проблеми адаптації до навколишнього світу. Незважаючи на величезні матеріальні витрати держави на вихованців сирітських установ, методичну організованість, педагогічні хитрощі колективу, заповненість вільного часу різними заходами та гуртками, вихованці, виходячи з установ для безпритульних дітей та дітей, які залишилися без піклування батьків, в більшості своїй нерідко стають асоціальними особистостями:

- залежними;
- не здатними до самостійного відповідального життя;
- часто емоційно глухими і жорстокими.

Можна припустити, що даний тип особистості формує система цінностей життя, до якого вони звикли у притулку або школі-інтернаті.

У цих закладах для корекції поведінки вихованців можна застосовувати різні *види психологічної допомоги* — чотири рівні роботи психолога:

- індивідуальне консультування;
- групову роботу;
- психокорекцію;
- психотерапію.

Перший рівень роботи психолога притулку. Мета роботи психологів полягає в тому, щоб сприяти психічному розвитку дітей, їх адаптації до життя в притулку та за його межами. Найбільш ефективною формою є активні групові заняття, на яких діти вчаться навичок конструктивного спілкування, оволодіння своїми емоціями, розвивають довільну поведінку, вчаться толерантності, вмінню давати та отримувати емоційну підтримку, співпрацювати, домовлятися, конструктивно вирішувати конфлікти. Проведення психокорекційних занять з вихованцями притулку має свою специфіку. Дуже часто відхилення в розвитку когнітивної сфери залежать від пережитих травм і блокуються їх наслідками. Для проведення психокорекційної роботи необхідно проводити поглиблену діагностику з виявлення блокуючих наслідків пережитих травм. Іноді погана пам'ять дитини та відсутність уваги є показниками наслідків психічних травм, стресів тощо. Тому перш за все треба проводити психокорекцію особистісного розвитку дитини і тільки потім займатися розвитком психічних процесів або когнітивної сфери. Підбираючи дітей для занять у психокорекційну групу, слід враховувати індивідуальні особливості дітей, їх сумісність, бажання разом займатися, родинні зв'язки.

Для виконання перелічених напрямів діяльності психолог повинен отримувати навчання специфічних форм роботи, наприклад, терапії кризових ситуацій, вирішення конфліктних ситуацій, зняття стресів у дітей та дорослих, ігротерапії, арт-терапії, гештальт-терапії, музикотерапії тощо. Все це ставить питання про необхідність вносити зміни в підготовку психологів, підвищення їх кваліфікації.

Другий рівень роботи психолога притулку — робота з педагогічним колективом. Найчастіше в притулках працюють люди, які не мають спеціальної освіти. Тому необхідна певна психологічна підготовка педагогів, вихователів безпосередньо в самому притулку або на спеціальних курсах. Система роботи в притулку деформує

особистість педагога, вихователя: чим більший стаж його роботи, тим сильніше виражено деформацію його емоційної сфери. Відбувається постійне «емоційне вигорання», що вимагає особливої уваги психолога до роботи з педагогічним колективом. Супервізорство допоможе педагогічному колективу впоратися зі своїми проблемами, підтримати один одного, професійно спілкуватися.

Третій рівень надання психологічної допомоги вимагає запрошення висококваліфікованих професіоналів, які можуть швидко, якісно і адресно надати необхідну психологічну допомогу вихованцям. Ефективність такої допомоги підвищується, якщо психолог, який працює безпосередньо в притулку, не в силах допомогти дитині. Як би не старалися психолог та психологічна служба притулку, не всі дитячі проблеми вони можуть вирішити. Так, робота з дітьми, які перенесли сексуальне насильство, вимагає особливої підготовки, знання специфічних методів і спеціалізації. Або, наприклад, для надання допомоги дітям при знятті глибоких наслідків пережитих травм (страх землетрусу, агорофобії та ін.) потрібно запросити психотерапевта. В команду запрошених можуть входити вузькі фахівці (сексопатологи, психоневрологи та ін.).

Четвертий рівень — психологічна допомога всьому педагогічному колективу притулку. Це відбувається у вигляді науково-практичних семінарів, семінарів з конкретної проблеми, курсів підвищення кваліфікації. Для проведення такої роботи запрошують висококваліфікованого фахівця-психолога або команду психологів. При визначених видах реабілітаційної та психокорекційної роботи можна частково компенсувати певні сторони психічного розвитку та допомогти дитині оволодіти навичками соціальної компенсації, що дозволяють пристосовуватися до культурних типів поведінки.

Психотравмована людина, яка пережила надзвичайно сильні руйнівні емоції, дуже боїться їх повторення. Якщо емоції прориваються назовні, людина втрачає контроль над собою, своєю поведінкою та робить непоправні вчинки. Діти, які пережили травму, стають неухважними, у них погіршується пам'ять, увага та знижується успішність. Емоційне напруження впливає на фізичне здоров'я, призводить до виникнення психосоматичних порушень, розладів, хвороб

на «нервовому ґрунті». При довготривалих стресах виникає потреба в штучних заспокійливих засобах, тому діти починають досить рано курити (до 90 % дітей, які знаходяться в притулку, курять), вживати наркотики, алкоголь, транквілізатори, токсичні речовини. У дитини змінюється сприйняття минулого, сьогодення та майбутнього під впливом психотравми, в результаті чого вона залишається такою ж за віком, якою була під час отримання травми. Якщо травма була в більш ранньому віці, то дитина не може стати психологічно зрілою особистістю, а залишається інфантильною довгий час.

За даними статистики, люди, які пережили психологічні травми, частіше скоюють самогубства, захоплюються алкоголем, наркотиками, з ними частіше відбуваються нещасні випадки.

Безпритульні діти. Специфіка психологічної роботи з урахуванням виявлених особливостей безпритульності та бездоглядності дітей і підлітків. Основні завдання роботи психолога в притулку:

- психодіагностика кожного прибулого в притулок (враховуючи, що вихованець може перебувати в притулку малий термін);
- написання характеристики на вихованця притулку;
- участь в медико-психолого-педагогічній комісії (для складання рекомендацій щодо подальшої роботи з вихованцем);
- створення програми для роботи з кожним вихованцем;
- індивідуальна та групова робота з вихованцями притулку;
- консультування адміністрації та педагогів;
- психологічний супровід навчального процесу;
- профорієнтація та ін.

При роботі в притулку психолог стикається з такими особливостями вихованців: невизначеність перебування вихованця в притулку, яскраво виражена прихильність, тип акцентуації характеру, захисні механізми (регресія, витіснення, проєкція, заперечення, інтелектуалізація і т. д.), ПТСР, психосоматика та інші.

Діти з проблемою прихильності мають іншу систему цінностей. Дитина, яка пережила розлуку та втрату батьків, вилучення з сім'ї, численні переїзди з однієї установи до іншої, від одних родичів до інших, прирівнює розлуку до близькості. Щоб захистити себе від болю, який дитина відчуває при взаємодії з дорослими, вона, намагаючись подо-

лати цей біль, створює бар'єр між собою та вихователем (і взагалі — з будь-яким дорослим). Якщо стосовно такої дитини дорослі приймають звичайні дисциплінарні заходи (наприклад відсторонення, неухага, позбавлення похвали і т. д.), то вони домагаються того, що бажає дитина — можливості уникнути емоційної близькості. Але це аж ніяк не в інтересах розвитку дитини та її психічного стану — дитина так і залишається в очікуванні, що обов'язково буде відкинута, спеціально провокує дорослих своєю поведінкою на такі вчинки. Найчастіше так і відбувається, і дитина переконується в тому, що дорослий обов'язково відкине її за погану поведінку.

Багато дітей, які перенесли емоційні травми, пов'язані з розлукою, відкиданням їх близькими, вважають, що не заслуговують на те, щоб їм хтось приділяв увагу, цікавився їхніми справами. Прояв комплексу неповноцінності, пов'язаного з переміщенням дитини до притулку, зміцнює у них впевненість у тому, що вони нічого не варті, навіть нагорода за гарну поведінку їх не радує.

Усім дорослим, які допомагають та здійснюють підтримку вихованцям притулку, дуже важливо концентрувати увагу не на поганій поведінці, а на позитивних очікуваннях, які вони покладають на дитину. При цьому необхідні такі висловлювання дорослих: «Я вірю, що ти можеш знаходити спільну справу з дітьми», «Я знаю, як добре в тебе може вийти ця робота», «Я впевнена, що ти можеш успішно вчитися» тощо. При поганій поведінці дитині важливо, щоб оцінювали не її як особистість, а тільки сам вчинок. Важливо сказати їй: «Я поважаю тебе, твої бажання (цілі), але мені не подобається те, як ти цього досягаєш». Таким чином, діти, потреби яких не задовольнялися, потребують переконання, що вони можуть отримати те, що їм необхідно.

Ефективним методом в подібних ситуаціях є постійна фізична присутність дорослого поруч з дитиною. Вона сприяє формуванню у дитини впевненості, що дорослий в будь-якому випадку буде поруч з ним, подбає про неї.

Теми доповідей

1. Здоровий спосіб життя та його складові.
2. Правила надання першої психологічної допомоги.

3. Психологічні особливості проживання кризи і втрати.
4. Соціально-психологічна допомога та підтримка при переживанні втрати.
5. Психологічна допомога при посттравматичному стресовому стані.
6. Проблеми суїциду та суїцидальної поведінки з точки зору соціально-психологічної реабілітації.
7. Соціально-психологічна робота з мігрантами.
8. Основи психологічного консультування людей без певного місця проживання.
9. Види психологічної допомоги у притулках.
10. Соціально-психологічна робота з мігрантами.
11. Актуальний напрямок сучасної соціальної роботи — допомога внутрішнім переселенцям.

Контрольні питання

1. Які правила надання першої психологічної допомоги?
2. Які види психологічної допомоги надають в притулках?
3. У чому полягає специфіка психологічної роботи з безпритульними дітьми?
4. Які напрямки соціально-психологічної роботи здійснюються з мігрантами?
5. У чому проявляється неоднорідність біженців?
6. Які діагностичні критерії ПТСР?
7. У чому полягає феномен посттравматичного стресового стану?
8. Які психотерапевтичні методи при ПТСР?
9. Що характерне для надзвичайних ситуацій?
10. Які особливості психологічної допомоги постраждалим в ситуаціях втрати?

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Боровик С. Нейрореабілітація: актуальні питання сьогодення / С. Боровик // Укр. мед. часопис. — 2015. — № 3. — С. 13–15.
2. Бриндіков Ю. Соціальна реабілітація військовослужбовців: до питання термінології / Ю. Бриндіков // Пед. дискурс. — 2017. — Вип. 22. — С. 30–35. — [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Opeddysk_2017_22_7
3. Бабич О.И. Профилактика синдрома профессионального выгорания педагогов: диагностика, тренинги, упражнения / О.И. Бабич. — Волгоград: Учитель, 2009. — 116 с.
4. Безпалько О.В. Соціальна педагогіка (схеми, таблиці, коментарі): для студентів вищих навчальних закладів / О.В. Безпалько. — К.: Центр учбової літератури, 2009. — 208 с.
5. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В.В. Бойко. — М.: Информ.-изд. дом «Филин», 1996. — 210 с.
6. Вовк Л. Соціально-психологічна реабілітація дітей вимушених переселенців / Л. Вовк // Проблеми гуманітарних наук. Психологія. — 2016. — Вип. 39. — С. 26–34. — [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pgn_ps_2016_39_5
7. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова. — СПб.: Питер, 2005. — 184 с.
8. Дідик Н.М. Соціально-психологічна реабілітація осіб похилого віку [Електронний ресурс] / Н.М. Дідик // Вісн. Луганського нац. ун-ту ім. Тараса Шевченка. Пед. науки. — 2014. — № 4. — С. 180–186. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vlup_2014_4_24
9. Долгова В.И. Психологическая защита: монография / В.И. Долгова, О.А. Кондратьева. — М.: Перо, 2014. — 160 с.
10. Жук О.М. Соціальна і трудова реабілітація та її вплив на постпенітенціарну адаптацію жінок / О.М. Жук // Держава і право. Юридич. і політ. науки. — 2014. — Вип. 64. — С. 312–317. — [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/dip_2014_64_46
11. Жирак Л.М. Психологічна реабілітація дітей із вадами слуху засобами рекреаційно-туристичної діяльності / Л.М. Жирак // Фіз. виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. — 2012. — № 2. — С. 229–232. — [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fvs_2012_2_58
12. Захаров А.И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка / А.И. Захаров. — М.: Просвещение, 1986. — 128 с.
13. Ильин Е. П. Психология для педагогов / Е.П. Ильин. — СПб.: Питер, 2012. — 640 с.

14. Евтихов О. В. Практика психологического тренинга / О.В. Евтихов. — СПб.: Речь, 2004. — 256 с.
15. Ключко М. Соціальна реабілітація ув'язнених в українських тюрмах: на прикладі Харківського регіону / М. Ключко // Вісн. Харків. нац. ун-ту ім. В.Н. Каразіна. Соціологічні дослідження сучасного суспільства: методологія, теорія, методи. — 2013. — Вип. 31, № 1053. — С. 119–127. — [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhISD_2013_1053_31_20
16. Как преодолеть психотравму и восстановить душевное равновесие: метод. пособие по психотравмотерапии / под ред. Л.В. Мищенко. — Пятигорск: Верн: РИА — КМБ, 2012. — 328 с.
17. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. [2-е изд.]. Режим доступа: <http://koob.ru>
18. Крупа В.В. Психологічна та медична реабілітація учасників бойових дій / В.В. Крупа. // Вісн. Нац. акад. Держ. прикордон. служби України. Сер. Психологія. — 2018. — Вип. 3. — [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadrn_2018_3_8
19. Кучинский Г.М. М.М. Бахтин и феноменологический метод исследования личности / Г.М. Кучинский // Методология и история психологии. — 2007. — Т. 2, Вип. 1. — С. 151–163.
20. Лесков В.О. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців із районів військових конфліктів : автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.09 / В.О. Лесков ; Нац. акад. Держ. прикордон. служби України ім. Богдана Хмельницького. — Хмельницький, 2008. — 20 с.
21. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Г. Малкина-Пых. — М.: Эксмо, 2005. — 960 с.
22. Психология социальной работы : учебник для вузов. [2-е изд.] / Под ред. М. А. Гулиной. — СПб.: Питер, 2010. — 384 с.
23. Максименко С.Д. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядиплом. Освіти / С.Д. Максименко, Л.М. Карамушка, Т.В. Зайчикова. — К.: Міленіум, 2004. — 264 с.
24. Макачук Н. Психологічна допомога дітям з особливостями психофізичного розвитку у подоланні наслідків перебування у зоні військового конфлікту / Н. Макачук, О. Хованова, Т. Хирна // Особлива дитина: навчання і виховання. — 2014. — № 4. — С. 68–74.
25. Матяш М.М. Психотерапевтичні стратегії лікування невротичних розладів в учасників сучасних бойових дій / М.М. Матяш, Л.І. Худенко // Міжнар. невролог. журн. — 2016. — № 6. — С. 58 — 64. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mnzh_2016_6_8

26. Матяш М.М. Місце психологічного супроводу в паліативній допомозі / М.М. Матяш, М.М. Матяш // Реабілітація та паліативна медицина. — 2016. — № 2. — С. 101–104. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/rpm_2016_2_21
27. Матяш М.М. Травматична енцефалопатія — особливості реабілітації з використанням сучасних методів рефлексотерапії / М.М. Матяш, Л.І. Худенко // Фітотерапія. — 2014. — № 2. — С. 30–33. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fch_2014_2_8
28. Матяш М.М. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції / М.М. Матяш, Л.І. Худенко // Укр. мед. часопис. — 2014. — № 6. — С. 124–127. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2014_6_31
29. Матяш М.М. Реабілітація інвалідів — учасників бойових дій в Київській області / М.М. Матяш, О.П. Дикун, О.М. Матяш, Ю.А. Гриненко // Міжнар. невролог. журн. — 2017. — № 4. — С. 23–34. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mnzh_2017_4_5
30. Мельник А.П. Психологічна реабілітація військовослужбовців, що перебували в умовах бойових дій / А.П. Мельник // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. — 2015. — № 4. — С. 100–105. — [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apspp_2015_4_19
31. Мітіна С.В. Різновиди соціально-психологічної допомоги підліткам відповідно до типу бездоглядності / С.В. Мітіна // Пробл. заг. та пед. психології : зб. наук. пр. — 2011. — Т.13, Ч. 5. — С. 243–251.
32. Попович А.М. Соціальні бар'єри та соціальна реабілітація [Електронний ресурс] / А.М. Попович // Наук. вісн. Ужгород. нац. ун-ту. Сер. Педагогіка. Соціальна робота. — 2017. — Вип. 1. — С. 227–229. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuuped_2017_1_61
33. Пріб Г.А. Психологічна реабілітація як складова комплексної медико-соціальної реабілітації психічнохворих / Г.А. Пріб // Укр. вісн. психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 3. — С. 58–61. — [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2007_15_3_20
34. Прокоф'єва О. Адаптація до соціуму батьків, які виховують дітей з особливими потребами / О. Прокоф'єва // Наука і освіта. — 2012. — № 4. — С. 158–163.
35. Проскуріна Т.Ю. Ризик суїцидальної поведінки у дітей та підлітків із депресією: діагностика, медико-психологічна реабілітація, профілактика / Т.Ю. Проскуріна, Е.А. Михайлова, Т.М. Матковська, Д.А. Мітельов // Укр. вісн. психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 3. — С. 214–215. — [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2012_20_3_345

36. Радиш Я. Соціально-психологічна реабілітація громадян — важлива складова державної політики України в сучасних умовах / Я. Радиш // Інвестиції: практика та досвід. — 2015. — № 5. — С. 6–8. — [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ipd_2015_5_3
37. Сайко Н. Соціальна реабілітація як процес та кінцевий результат / Н. Сайко // Пед. науки. — 2018. — Вип. 71. — С. 16–20. — [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pena_2018_71_5
38. Степин В.В. Специфические особенности работы психолога в социальном приюте. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.myword.ru>
39. Соціально-психологічна та освітня реабілітація осіб з інвалідністю (за матеріалами соціально-психологічних, інформативно-консультативних тренінгів для осіб з інвалідністю): наук.-метод. посіб. / ред.: В.Л. Костюк; Мін-во праці та соц. політики, Всеукр. громад. орг. «Ін-т реабілітації та соц. технологій». — К.: Києво-Могилян. акад., 2010. — 87 с.
40. Технології роботи організаційних психологів: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядиплом. освіти / за наук. ред. Л.М. Карамушки. — К.: ІНКОС, 2005. — 366 с.
41. Устинов О.В. Перша психологічна допомога постраждалим внаслідок бойових дій: сутність, організація, завдання, способи надання. — [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/79674/persha-psixologichna-dopomoga-postrazhdalim-vnaslidok-bojovix-dij-sutnist-organizaciya-zavdannya-sposobi-nadannya-2>
42. Учебно-методический комплекс дисциплины «Психология социальной работы»: направление подготовки 030300.62 — Психология /Сост. Стрельцова Е.В. — Саратов, 2012. — 233 с.
43. Чечева О.В. Социальная работа с мигрантами как механизм реализации миграционной политики Российской Федерации. [Електронний ресурс]. Режим доступу: www.idmgr.ru/downloads/konkurs/Checheva
44. Черненко М.І. Медико-соціальна і психологічна реабілітація хворих та інвалідів: підручник / М.І. Черненко, І.Ф. Аршава. — Д.: Дніпропетр. нац. ун-т ім. Олеся Глчара, 2007. — 607 с.
45. Чуйко О.В. Соціальна реабілітація: підходи до змістових характеристик процесу / О.В. Чуйко // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. — 2015. — № 4. — С. 152–158. — [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apspp_2015_4_27

46. Щербакова А.М. Психологическая реабилитация: содержание деятельности и подготовка специалистов (израильская модель). Клинич. и спец. психология. — 2012. — №1. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.psyjournals.ru/psyclin>
47. Шевченко В.В. Психологічна реабілітація військовослужбовців, що перебували в миротворчому контингенті / В.В. Шевченко, А.А. Руденко // Наук. вісн. Миколаїв. держ. ун-ту ім. В.О. Сухомлинського. Сер. Психол. науки. — 2014. — Вип. 2.12. — С. 239–43. — [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmdups_2014_2_12_46

Навчальний посібник

Автори:

Любчук Ольга Костянтинівна
Матяш Михайло Миколайович
Толстоухов Анатолій Володимирович
Луньов Віталій Євгенійович

**ОСНОВИ ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ
ДЛЯ ФАХІВЦІВ З СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ**

Редактор:

Конєва Ельвіра Петрівна

Комп'ютерна верстка:

Сукаліна Марія Михайлівна

Формат 60х84/16. Ум. друк. ар. 12,3.
Гарнітура Times New Roman, Myriad Pro.
Зам. №0604-0506 від 04. 06. 2019.
Тираж 100 прим.

Виготовлено в друкарні
ТОВ «Видавничий дім «АртЕк»
04050, м. Київ, вул. Ілленка, буд. 63
Тел. 067 440 11 37
artek.press@ukr.net
www.artek.press
www.book-on-demand.com.ua

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до державного реєстру видавців, виготівників
і розповсюджувачів видавничої продукції —
серія ДК №4779 від 15.10.14 р.

127-



Б-99.030 1/2



Любчук Ольга Костянтинівна

Професор психології, доктор наук з державного управління, кандидат психологічних наук, завідувач кафедри туризму ДВНЗ «Приазовський державний технічний університет» (м. Маріуполь).



Птяш Михайло Миколайович

Доктор медичних наук, професор, академік Міжнародної академії освіти та науки, голова правління Асоціації з медичної та психологічної реабілітації, завідувач кафедри загальної і медичної психології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Заслужений лікар України.



Толстоухов Анатолій Володимирович

Український державний та громадський діяч, доктор філософських наук, професор, академік НАПН України, Європейської академії наук та мистецтв, президент Центру практичної філософії.



Луньов Віталій Євгенійович

Кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри загальної і медичної психології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, член Американської психологічної асоціації, Всесвітньої федерації психічного здоров'я, Американської академії клінічної психології.

ISBN 978-617-7674-99-2



АртЕк
видавничий дім