



**ХЕРСОНСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ
УНІВЕРСИТЕТУ**

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

*До 100-річчя заснування
Херсонського державного
університету*

*До 25-річчя підготовки
фахівців спеціальності
«психологія» у ХДУ*

*До 25-річчя створення
кафедри
практичної психології*

Віталія Шебанова

«ПРАКТИКИ КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ТЕРАПІЇ В КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ»

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

**ХЕРСОН
2017**

УДК 159.923.2
Ш 36

*Рекомендовано до друку
на засіданні вченої ради Херсонського державного університету
протокол № 3 від 30.10.2017р.*

Рецензенти:

Яблонська Т. М. – доктор психологічних наук, Київський національний університет імені Тараса Шевченка.

Бабатіна С. І. – кандидат психологічних наук, Херсонський державний університет.

Шебанова В.І.

Ш 36 **Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях:**
Навчально-методичні рекомендації [Текст] / В. І. Шебанова. –
Херсон: Вид-во ПП Вишемирський В.С., 2017. – 136 с.

У цьому навчально-методичному виданні представлені методичні рекомендації для самостійної роботи студентів із навчальної дисципліни **«Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях»**.

Методичні рекомендації укладені на допомогу студентам спеціальності 053 «Психологія». Запропоновані у навчально-методичних рекомендаціях загальні принципи та техніки кризової психології і психотерапії можуть бути використані як практичними психологами, так і іншими практичними працівниками закладів освіти з метою надання психологічної підтримки клієнтам різного віку, що знаходять у різних кризових станах. Рекомендуємо застосовувати їх до потреб та особливостей клієнтів, враховуючи авторські методичні рекомендації.

Матеріали будуть корисні практичним психологам, студентам соціально-педагогічних та педагогічних факультетів, а також усіх тих, хто прагне до самопізнання, саморозвитку, самовдосконалення, для тих хто цікавиться проблемами надання психологічної допомоги людині у кризовому стані.

УДК 359.923.2

© Шебанова В. І., 2017
© ПП Вишемирський В.С., 2017

ЗМІСТ

Передмова	4
Пояснювальна записка до курсу «Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях»	5
Інформаційний обсяг навчальної дисципліни «Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях».....	7
Змістові модулі учбового курсу «Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях»	14
Методичні рекомендації до організації, виконання та оформлення самостійної роботи з курсу «Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях»	18
Методичні вказівки до виконання індивідуального завдання	25
Критерії оцінювання самостійної роботи	36
Плани семінарських занять з курсу «Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях»	37
ГЛОСАРІЙ	64
ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ з курсу «Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях»	75
СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	86
Базова література.....	86
Допоміжна література.....	86
Інформаційні ресурси	95
ДОДАТКИ	98
Додаток А. Методика нарративного психологічного аналізу кризових/травматичних подій (за В. І. Шебановою).....	96
Додаток Б. Ранжування кризових подій.....	98
Додаток В. Схема нарративного психотерапевтичного аналізу кризової події.....	99
Додаток Г. Прояви загальних ознак стресу чи посттравматичного стресового розладу у дітей, які визначаються методом спостереження (шляхом спілкування з батьками та педагогами):	100
Додаток Д. «Як жити після психічної травми» (Б. Колодзин скорочено)	101
Додаток Е. Дебрифінг як метод психотерапевтичної роботи з наслідками кризових ситуацій та його можлива альтернатива	113
Додаток Ж. Протокол когнітивно-поведінкової травмофокусованої терапії (за А. Ехлерс та Д. Кларком)	114
Додаток З. Багатовимірна модель подолання стресу BASIC-PH	115
Додаток І. Практики інтеграції страху смерті у військових (за К. В. Мирончак).....	119
Додаток К. Принципи психологічної допомоги дитині, яка втратила близьку людину.....	122
Додаток Л. Інструкції для кризового телефонного консультування.....	125
Додаток М. Звертання до тих, хто зважився на непоправне.....	133
Додаток Н. Методика «Ключ до порозуміння у конфліктних стосунках».....	135

ПЕРЕДМОВА

Стрімкі темпи науково-технічного розвитку, динамізм соціальних процесів, оновлення морально-ціннісних орієнтирів, екологічна криза і, насамкінець, тиск есхатологічних пророкувань – усе це зумовлює психологічне навантаження, викликає депресію, стрес та особистісну кризу як планетарну хворобу XXI століття.

Водночас у механізмі розвитку кризових станів людини поряд із соціо-технологічними факторами потужними виявляються і фактори соціально-психологічного, педагогічного та особистісного характеру, що створює психологічне напруження, спричиняє кризові стани особистості у її життєвій долі. Чи можна запобігти виникненню кризового стану, як допомогти дітям і молоді у кризових ситуаціях – ці та інші питання розглядаються в запропонованому курсі **«Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях»**.

Дисципліна **«Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях»** викладається у Херсонському державному університеті на 5-му році навчання, тобто на заключному етапі отримання освітньо-кваліфікаційного рівня «магістр» і базується безпосередньо на знаннях та навичках, отриманих при вивченні дисциплін на попередніх курсах, а саме вікової психології, психодіагностики, основ психокорекції, психотерапії, психогігієни, психології травмувальних ситуацій тощо.

Навчальна дисципліна **«Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях»** містить матеріали теоретичного та практичного характеру, спрямовані на формування у студентів-психологів комплексу знань та вмінь, необхідних для формування фахової компетенції.

Предметом вивчення **«Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях»** є особистість у життєвому вимірі переживання кризових подій, практики консультування та терапії в кризових ситуаціях. Безперечно, що надати психологічну допомогу особистості, що переживає кризу можливо тільки у тому випадку, коли ми враховуємо індивідуальний досвід особистості, який відображений у тому, про вона повідомляє нам усно чи письмово, тобто у її наративних текстах, породжених у результаті когнітивних та інтерпретаційних процесів. Саме тому при вивченні цього курсу локус уваги сфокусований на наративному аналізі, що звернений на вивчення особистісних та внутрішньособистісних процесів, за допомогою яких людина осмислює історію власного життя. Наративний модус розуміння людини дозволяє осмислювати суть ситуації клієнта, допомагає йому розібратися у собі, вибудувати більш продуктивну «історію», з якою він міг би змиритися, прийняти за свою, або план, за яким можна здійснювати подальшу історію свого життя.

Методичні рекомендації до курсу **«Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях»** розроблені на допомогу студентам у підготовці до семінарських занять та підсумкового контролю.

У методичних рекомендаціях представлено структуру навчальної дисципліни, її інформаційний обсяг, тематику лекційних занять, план та основні завдання до кожного семінарського заняття, наведено рекомендовану основну та додаткову літературу, означено основні вимоги та критерії до оцінювання знань студентів, окреслено коло питань, які виносяться на підсумковий контроль.

Таким чином, видання методичних рекомендацій з навчальної дисципліни **«Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях»** є доцільним та своєчасним.

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА ДО КУРСУ «ПРАКТИКИ КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ТЕРАПІЇ В КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ»

«Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях» є базовим теоретико-практичним курсом, знання якого необхідно всім магістрам, які навчаються за спеціальністю «Психологія». Даний курс посідає важливе місце в системі психологічних наук. *Теоретичне значення* курсу пов'язано з вивченням психофізіологічних особливостей людини, яка перенесла психологічний стрес у зв'язку з кризовою, діагностикою стану людини після кризової ситуації, основними принципами та техніками кризової інтервенції. *Практичне значення курсу* спрямовано на оволодіння сучасними методами консультування та терапії у кризових ситуаціях, психологічної допомоги та підтримки клієнтів різного віку, у кризових ситуаціях.

Предметом вивчення навчальної дисципліни є стратегії консультативної й психотерапевтичної роботи в ситуативній та життєвій кризі.

Міждисциплінарні зв'язки: курс «Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях» тісно пов'язаний з такими фундаментальними і галузевими дисциплінами як загальна психологія, психодіагностика, психологія здоров'я, основи психосоматики, клінічна психологія, вікова психологія, психогігієна, психофізіологія, патопсихологія, основи психотерапії, основи психокорекції, психологія сім'ї, психопрофілактика сімейних криз, психологія травмувальних ситуацій.

Мета курсу: забезпечити професійну компетентність практичних психологів у сфері психології травмуючих ситуацій. Сформувати у майбутніх фахівців знання про теоретичні основи, провідні техніки та прийоми консультування та терапії в кризових ситуаціях; вміння оцінювати, інтерпретувати, аналізувати інформацію та дані щодо психічного стану людини, що потребує кризового консультування та терапії.

Завдання курсу:

Теоретичні: організація теоретичного та практичного засвоєння дисципліни «Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях»; засвоєння понятійного апарату дисципліни, ознайомлення студентів із широким спектром проблем, методів і вимог, які пред'являються до психолога для вирішення різноманітних завдань у діяльності психолога-практика.

Практичні: навчати студентів професійно грамотно проводити психодіагностичну оцінку дітей та дорослих, які пережили кризові ситуації, включаючи підготовку практичного матеріалу для обстеження; складати висновок психологічного обстеження, розробляти на основі оцінки актуального стану обстеженого програму психологічної допомоги. формування у психологів-практиків вмінь і навичок застосування засобів консультування, психотерапії, психокорекції та психологічного супроводу у кризових ситуаціях.

Компетентності	Очікувані результати навчання
– готовність використовувати на практиці, засвоєні знання, навички і уміння з практики консультування та терапії в кризових ситуаціях;	– знає теоретичні основи консультування та терапії в кризових ситуаціях. Головні категорії та поняття навчальної дисципліни;
– здатність застосовувати новітні комп'ютерні технології для консультування та терапії в кризових ситуаціях;	– знає основні техніки та прийоми консультування та терапії в кризових ситуаціях;
– розробляти індивідуальні програми діагностики, профілактики, корекції	– репрезентує основні принципи, прийоми, техніки та методи

Компетентності	Очікувані результати навчання
<p>психологічних станів людини, що знаходиться у кризовій ситуації;</p> <p>– впровадження групових програм з метою надання консультування та терапії в кризових ситуаціях; активізації особистісного потенціалу, посилення працездатності та стресостійкості особистостей, підвищення рівня їх психологічного благополуччя ;</p> <p>– проводити просвітницьку діяльність серед населення з метою підвищення рівня психологічної культури суспільства, зокрема з технік та прийомів саморегуляції в кризових ситуаціях.</p>	<p>консультування та терапії в кризових ситуаціях;</p> <p>– оцінює, інтерпретує, аналізує інформацію, формулює обґрунтовані психологічні рекомендації для осіб, що знаходяться у кризовій ситуації та потребують консультування та терапії</p> <p>– демонструє володіння різноманітними психодіагностичними та психотерапевтичними методиками для осіб, що знаходяться у кризовій ситуації та потребують консультування та терапії;</p>

У результаті вивчення даного курсу студент повинен знати:

- понятійно-категоріальний апарат дисципліни;
- основні теоретичні проблеми курсу;
- прикладні аспекти застосування засвоєних знань у науково-практичній діяльності
- основні види, напрями та методи психологічної допомоги, що спрямовані на надання психологічної допомоги і підтримки клієнтам різного віку, що зазнали психологічної травматизації .

Набути практичні навички:

- демонструвати вільне оперування понятійно-категоріальним апаратом дисципліни;
- володіти технологіями планування науково-дослідної діяльності;
- визначати комплекс методик для дослідження обраного предмету;
- збирати емпіричні дані, проводити обробку та інтерпретацію емпіричних даних застосовуючи сучасні інформаційні технології;
- складати індивідуальні та групові програми психологічної допомоги.

Методи навчання: З метою формування професійних компетенцій психолога широко впроваджуються інноваційні методи навчання, що забезпечують комплексне оновлення традиційного педагогічного процесу. Словесні (лекції, бесіди, дискусії, інструктажі); Наочні (демонстрація, ілюстрація); Практичні (самостійна робота, індивідуальна робота); Проблемні (проблемне викладання, частково-пошукове, дослідне); Інтерактивні (проблемна лекція, лекція-презентація, робота в малих групах, мозковий штурм, опрацювання дискусійних питань, виконання експериментальних досліджень).

Методи контролю: Педагогічний контроль здійснюється з дотриманням вимог об'єктивності, індивідуального підходу, систематичності і системності, всебічності та професійної спрямованості контролю. Використовуються такі методи контролю (усного, письмового), які мають сприяти підвищенню мотивації студентів-психологів до навчально-пізнавальної діяльності. Відповідно до специфіки фахової підготовки перевага надається усному, письмовому, практичному контролю. Практична контрольна перевірка (синтезована – узагальнена перевірка знань, умінь, навичок; ймовірна – перевірка всієї системи знань); Тестовий метод; Підсумковий (письмові роботи, бесіди, тестування, захист науково-дослідних робіт); Самоконтроль; Самооцінка.

Засоби діагностики успішності навчання: усне та письмове опитування, співбесіда, виконання практичних завдань.

Форма підсумкового контролю успішності навчання: екзамен.

**ІНФОРМАЦІЙНИЙ ОБСЯГ
НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
«ПРАКТИКИ КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ТЕРАПІЇ В
КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ»**

Тема 1. Кризове консультування і психотерапія як галузь практичної психології.

Предмет та завдання курсу. Система основних понять курсу. Критерії кризового стану. Аналіз понять «криза», «екстремальна ситуація», «подія», «кризова подія», «фрустрація», «стрес», «травматичний стрес». Компоненти кризового стану. Види криз за Г.Хемблі. Види криз за В. Ромеком, В. Конторович, О. Крукович. Підходи до психотерапії кризових станів. Принципи кризового консультування та терапії й фундаментальні психологічні настанови. Принципи кризової інтервенції. Історія виникнення кризового консультування і терапії. Принципи кризової інтервенції.

Організаційна складова консультування (формальні і процесуальні компоненти). Терапевтичний простір та структурна організація процесу психологічного консультування. Встановлення контакту. Активне вислуховування. Скарга. Очікування клієнта. Проблема. Запит. Вербальне і невербальне заохочення. Принципи недирективної терапії К.Роджерса. Техніка рефлексивних відповідей. Техніка емпатійних відповідей.

Методи кризової психотерапії: раціональна психотерапія, когнітивна, гештальт-терапія, гіпноз та трансівні техніки, екзистенціальна терапія, метод прогресивної м'язової релаксації та аутогенного тренування, групова поведінкова терапія. Техніки тілесноорієнтованої терапії, що застосовуються у роботі з гострими станами (варіації з диханням, «третє крило», «равлик», «сосуд», «метафори підтримки», «ламінарія» «медуза»). Характеристика категорій «час життя», «життєвий цикл», «життєвий шлях». Психобіографічний підхід до вивчення життєвого шляху особистості. Психічна травма. Психологічний зміст переживання. Скорбота як процес переживання.

Тема 2. Екзистенціальний напрямок у психології та філософії як теоретичне підґрунтя кризового консультування і психотерапії

Основні положення екзистенціальної психології. Погляд на емоції: почуття провини – поняття та модуси. Погляд на людину та становлення людини. Зв'язок буття людини й буття миру. Методи екзистенціальної психології. Екзистенціальний аналіз. Аналіз основних базисних конфліктів, які аналізує екзистенціальна психологія: смерть, воля, ізоляція, безглуздість. Модуси буття Л.Бісвангер. Поняття трансценденції.

Тема 3. Характеристика екзистенціальних тривог

Загальна характеристика екзистенціальних тривог. Тривога долі й смерті. Тривога провини й осуду. Тривога порожнечі й відсутності змісту. Взаємозв'язок категорій «тривога» і «страх». Механізм виникнення патологічної тривоги

Тема 4. Основи логотерапії

Характеристика поняття «сенсу» за В.Франклом. Система цінностей життя у якому є сенс (за В.Франклом). Вчення про свободу волі. Екзистенціальний вакуум. Логотерапевтична теорія неврозів. Методи допомоги людині у ситуації ноогенного неврозу: психобіографічний дебрифінг; переосмислення, дереклексія, парадоксальна інтенція.

Тема 5. Стрес та травматичний стрес

Концепція стресу Г.Сельє. Поняття травматичного стресу. Діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу. Психологічні механізми виникнення посттравматичного стресового розладу. Фактори ризику розвитку ПТСР. Історія

створення теорії посттравматичного стресу: внесок Д. Еріксона, Н. Опенгейма, Д. Майерса, А. Кардінера, Е. Крепеліна, З. Фрейда, Е. Ліндермана, М. Горовітца. Етіологія й симптоматика посттравматичного стресу: основні ситуації, які призводять до ПТСР та основні види симптомів ПТСР. Аналіз методів діагностики. Симптоматика наслідків тривалих знущань. Патологічні зміни у взаєминах і в індивідуальності. Повторні ушкодження, які впливають за тривалими знущаннями. Психологічні наслідки тероризму.

Методи консультативної та терапевтичної допомоги при гострому стресі (надання психологічної підтримки, знаття гострої реакції, навчання методам самопомоги).

Аутогенне тренування (АТ). Загальні відомості. Ефективність АТ. Умови виникнення аутогенного стану. Позиції для АТ. Вихід з АТ. Нижча ступінь АТ (стандартні вправи): «Тяжкість». «Тепло». «Серце». «Дихання». «Сонячне сплетення». «Прохлада лоба». Особливості складання фраз-самонастроювання вищої ступені. Прогресивна м'язова релаксація за Е. Джейкобсоном (Jacobson).

Тема 6. Методи діагностики посттравматичного стресового розладу у дітей

Полуструктуроване інтерв'ю для оцінки травматичних переживань дітей (Н.В. Тарабріна, 2001). Батьківська анкета для оцінки травматичних переживань дітей (І. Г. Малкіна-Пих, 2005). Проективні методики оцінювання посттравматичного стресового розладу у дітей.

Тема 7. Методи діагностики посттравматичного стресового розладу у дорослих

Шкала для клінічної діагностики ПТСР (CLINICAL- ADMINISTERED PTSD SCALE - CAPS). Шкала для оцінки впливу травматичної події (IMPACT OF EVENT SCALE-R - IES-R). Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий та громадянський варіанти). Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SYMPTOM CHECK LIST-90-REVISED - SCL-90-R). Опитувальник Бека для оцінки депресії (BECK DEPRESSION INVENTORY- BDI). Шкала дисоціації (DISSOCIATIVE EXPERIENCE SCALE - DES). Опитувальник перитравматичної дисоціації. Опитувальник травматичного стресу для діагностування психологічних наслідків. Шкала базових переконань (WORLD ASSUMPTION SCALE - WAS). Особистісний профіль кризи (TAPAS, 2003). Особистісна та соціальна ідентичність (УРБАНОВИЧ, 1998, 2001). Проективні методики оцінювання посттравматичного стресового розладу у дорослих.

Тема 8: Методи роботи з особистістю з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР)

Принципи корекції та терапії при ПТСР. Методи корекції та терапії ПТСР. Загальні підходи до психотерапії ПТСР. Стратегії терапії за С. М. Єніколаповим. П'ять стадій актуального стану клієнта та цілі терапії на кожній з них (за М. Горовіцем). Основні цілі терапії при перших контактах з клієнтом, який страждає на ПТСР. Основні передумови успішної роботи з клієнтами, що страждають на ПТСР. Три стадії терапевтичної роботи з людьми, які страждають на ПТСР. Типові терапевтичні помилки. Техніки трансформації травматичної пам'яті: пряма оповідь або вільна оповідь та формалізована сповідь. Основні правила терапії ПТСР. Труднощі, які відчуває терапевт при роботі з клієнтами, які страждають на ПТСР. Психотерапевтичні методи при роботі з ПТСР. Основні принципи та методи групової терапії.

Метод десенсибілізації та переробки емоційних травм за допомогою руху очей (ДПРО) – за Ф. Шапіро. Історія виникнення методу. Психофізіологічне обґрунтування методу. Особливості застосування методу. Стандартна процедура ДПРО: оцінювання факторів безпеки клієнта, вивчення історії хвороби та планування психотерапії, підготовка до проведення ДПРО-терапії, визначення предмета (цілі) впливу, десенсибілізація, інсталяція, сканування тіла, завершення, переоцінка. Стратегії, які

використовуються при заблокованій переробці. ДПРО у лікуванні психогенних сексуальних дисфункцій.

Метод ослаблення травматичного інциденту Ф. Джерборда (ОТІ). Організаційні особливості методу ОТІ. Техніка та процедура проведення ОТІ.

Метод візуально-кінестетичної дисоціації (ВКД) Р. Бендлера та Дж. Гріндера. Техніка та процедура проведення ВКД.

Психологічна допомога методом психологічного дебріфінгу. Організаційні особливості психологічного дебріфінгу. Процедура проведення психологічного дебріфінгу.

Гештальт-терапія. Основні цілі терапевтичної роботи. Основні механізми порушення циклу-контакту. Розлади, при яких застосовується гештальт-терапія. Основні поняття гештальт-терапії. Основні техніки та методи гештальт-терапії.

Тілесноорієнтована терапія (ТОТ). Основні цілі терапевтичної роботи. Основні чинники та механізми порушення контакту з тілом. Розлади, при яких застосовується тілесноорієнтована терапія. Основні поняття тілесноорієнтованої терапії. Види контактування з тілом клієнта у ТОТ. Основні методи тілесноорієнтованої терапії.

Когнітивно-поведінкова психотерапія. Основні цілі та методи поведінкової психотерапії. Основні цілі та методи когнітивної терапії.

Символ-драма (метод кататимного переживання образів). Основи методу кататимного переживання образів (КПО). Основна ступінь при роботі с ПТСТР. Розлади, при яких застосовується КПО. Розлади, при яких КПО може бути неефективною.

Нейрографіка. Мета, завдання та алгоритм виконання.

Мультимодальна модель подолання стресу та невизначеності BASIC Ph (М. Лаад Mooli Lahad). Основні положення моделі, її мета та завдання. Основні етапи методики.

Тема 9. Психологічне консультування при переживанні втрати (смерті, розлученні, хворобах)

Втрата як подія. Втрата близької людини як необоротна значима подія. Втрата як травма. Переживання втрати: загальні характеристики. Стадії та задачі втрати. Вітчизняні та зарубіжні дослідження. Рівні проживання втрати. Концепція проживання втрати як процес змін у внутрішньому світі особистості. Горе втрати як процес: «Як звикнути?», «Що змінилося?», «У чому сенс?». Консультування клієнта, який пережив втрату. Психологічна допомога при переживанні втрати. Слова втіхи: що можна, а чого не можна говорити. Загальні проблеми психологічної роботи при переживанні втрати. Наративні техніки у роботі з переживанням втрати. Бібліотерапія при переживанні втрати. Казкотерапія при переживанні втрати. Фільмотерапія при переживанні втрати близької людини.

Загальна характеристика переживання втрати близької людини дітьми. Фази дитячого горювання. Вікові особливості переживання втрати близької людини. Самоусвідомлення та основні проблеми, які виникають при втраті близької людини. Стратегія та методологія психотерапевтичної допомоги.

Переживання втрати при розлученні. Стадії втрати при розлученні. Загальні проблеми психологічної роботи при переживанні втрати при розлученні. Наративні техніки у роботі з переживанням втрати при розлученні. Бібліотерапія при переживанні втрати при розлученні. Казкотерапія при переживанні втрати при розлученні. Фільмотерапія при переживанні втрати розлучення. Особливості роботи з дітьми, що переживають розлучення батьків.

Концепція психологічних стадій вмирання у термінальних хворих. Стратегії поведінки рідних термінально хворих. Консультування клієнта, який переживає власну термінальну хворобу. Консультування клієнта, який переживає термінальну хворобу близької людини.

Тема 10: Консультативна та терапевтична робота з жінками, що зазнали насилля.

Класифікація видів і форм насильства. Домашнє (сімейне побутове) насильство. Визначення та основні види домашнього побутового насильства над жінками. Міфи та факти про побутове насильство над жінками. Статистичні дані з сімейного насильства. Особистісні особливості жінок, що постраждали від сімейного насильства. Причини по яким жінка не йде від кривдника. Причини сімейного насильства. Особистісні риси кривдників. Міри безпеки які необхідно знати жінці, що страждає від домашнього насильства.

Сексуальне насильство. Визначення та види сексуального насилля над жінками. Основні фази травматичного синдрому згвалтування (ТСЗ). Фактори психічної травматизації, яка пов'язана з сексуальним насиллям (за Дж.Хіндманом). Як діяти, якщо ви стали жертвою нападу на вулиці...

Психологічна реабілітація жінок, жертв домашнього насилля. Поняття та основні принципи реабілітації. Екстрена психологічна допомога. Короткострокова та довгострокова психологічна реабілітація. Корекційний аспект психодіагностики. Особливості консультативної роботи з жертвами сімейного насильства. Реабілітація наслідків насильства за допомогою НЛП. Реабілітація посттравматичного стресового розладу за допомогою психоаналітичного консультування. Використання технік гештальттерапії у довгостроковій реабілітації. Використання клієнтцентованої терапії у реабілітаційній роботі з жінками. Використання терапії реальністю у довгостроковій реабілітації. Використання раціонально-емотивної та когнітивно-біхевіоральної терапії у реабілітаційній роботі. Наведення трансу... Недирективні методи гіпноугестії та «спрямованої уяви» реабілітаційній роботі. Методи м'язової релаксації у реабілітаційній роботі з жінками, що зазнали насильства. Метод психічної саморегуляції у роботі з жінками, що зазнали насильства. Арт-терапевтичні (креативні) види та техніки у реабілітаційній роботі з жінками, що зазнали насильства: малювання, колаж, ліплення, кольоротерапія, драмотерапія, фототерапія, маскотерапія, бібліотерапія, казкотерапія, піскова терапія.

Сімейна психотерапія й сімейне консультування у реабілітації жінок, що зазнали насильства. Консультування жертв сімейного насилля. Основні спеціалізовані заклади для жертв сімейного насилля. Основні наслідки сімейного насилля. Основні правила для консультанта, який працює з жертвами сімейного насилля. Стадії терапії у роботі з наслідками насилля (за О.П. Корабліною та ін.). Характерні емоції жертв сімейного насилля. Основні задачі, які повинна вирішити жінка, жертва домашнього насилля.

Консультування жертв сексуального насильства. Групова психотерапія з жінками, які зазнали насильства. Основні правила та принципи допомоги жертвам сексуального насилля. Характерні емоції жертв сексуального насилля. Надання правової допомоги при насильстві в сім'ї.

Тема 11: Консультативна та терапевтична робота з дітьми, що зазнали насилля.

Визначення, види та чинники насильства щодо дітей. Фактори ризику жорстокої поведінки з дитиною. Соціальні та культурні фактори. Фактори ризику батьків. Психологічні фактори ризику дитини. Діти в ролі кривдників. Джерела формування схильності до насильства й насильницької поведінці в підлітків. Макрорівневі фактори: Соціокультурні особливості середовища. Макрорівневі фактори: Засоби масової інформації. Мікрорівневі фактори: сімейне оточення. Мікрорівневі фактори: шкільне середовище. Розповсюдженість насильства над дітьми. Види жорстокої поведінки з дітьми. Емоційне насильство. Психологічне насильство. Харчове насильство. Фізичне насильство. Сексуальне насильство. Насильство у школі. Наслідки шкільного насильства.

Наслідки насильства над дитиною для її розвитку. Особливості функціонування механізмів психологічного захисту у дітей в ситуації насильства.

Психологічна реабілітація дітей жертв насильства. Поняття та основні принципи реабілітації. Екстрена психологічна допомога. Короткострокова та довгострокова психологічна реабілітація. Корекційний аспект психодіагностики. Особливості консультативної роботи з жертвами сімейного насильства. Реабілітація наслідків насильства за допомогою НЛП. Використання біхевіоральних методів у довгостроковій реабілітації. Реабілітація посттравматичного стресового розладу за допомогою психоаналітичного консультування. Використання терапії реальністю у довгостроковій реабілітації. Використання технік гештальттерапії у довгостроковій реабілітації. Використання клієнтцентованої терапії у реабілітаційній роботі з жінками і Використання раціонально-емотивної та когнітивно-біхевіоральної терапії у реабілітаційній роботі Використання адлеріанської терапії у реабілітаційній роботі з дітьми, що зазнали насильства Наведення трансу... Недирективні методи гіпноугестії та «спрямованої уяви» реабілітаційній роботі. Використання ігрових психотерапевтичних методів у довгостроковій реабілітації: Ігротерапія малювання, колаж, ліплення, кольоротерапія, бібліотерапія, казкотерапія, піскова терапія, рольові ігри Сімейна психотерапія й сімейне консультування у реабілітації дітей, що зазнали насильства

Групова психотерапія з дітьми. Групова робота з батьками жертв сексуального насильства. Надання правової допомоги.

Тема 12. Суїцидальна поведінка як прояв кризи

Фактори суїцидального ризику. Соціально-демографічні фактори. Індивідуально-психологічні фактори. Медичні фактори. Природні фактори. Індикатори суїцидального ризику. Ситуаційні індикатори. Поведінкові індикатори. Комунікативні індикатори. Когнітивні індикатори. Емоційні індикатори. Консультування суїцидальних клієнтів. Консультування уцілілих після суїциду. Підтримка консультанта. Групова кризова психотерапія.

Тема 13: Психологічна допомога при вторинній травматизації

Особистість кризового консультанта. Спеціальні здібності та показники професійної придатності кризового консультанта. Синдром вигорання та вторинна травма. Стадії синдрому вигорання. Фактори, що обумовлюють вторинну травматизацію. Оцінка вторинної травматизації. Робота з вторинною травмою. Психопрофілактична робота щодо запобігання синдрому вигорання. Супервізія як метод профілактики вторинної травми.

Тема 14. Консультування із проблем, пов'язаними з дітьми

Специфіка сімейного консультування. Основні стадії та технологія сімейного консультування. Загальні принципи роботи з батьками у процесі консультування. Причини виникнення проблем, пов'язаних із вихованням дітей з родини. Етапи роботи психолога-консультанта з батьками. Спільна робота психолога з батьками та дітьми. Основні проблеми дошкільників. Основна мета негативної поведінки дитини. Корекційні заходи з боку батьків. Методи метафоричного спілкування з дитиною. Шкільні проблеми.

Консультування підлітків. Підліткові й молодіжні телефони психологічної допомоги. Причини й прояви найбільш важких проблем у підлітків і юнаків (суїцид, наркотична залежність). Консультування батьків щодо труднощів у стосунках із дорослими дітьми.

Сімейна психотерапія. Основна мета та завдання сімейної психотерапії. Критерії функціональної родини. Етапи корекції в сімейній психотерапії. Принципи консультування сімей з різним ступенем виразності психологічного насилля. Модель, підходи та принципи сімейної терапії при сексуальному насиллі. Етапи сімейної терапії. Основні психотехнічні прийоми, які використовуються у сімейній психотерапії.

Параметри сімейної системи. Основні техніки сімейної психотерапії: «Циркулярне інтерв'ю», «Позитивне переформулювання», «Припис», «Парадоксальний припис», «Реверсування», «Прояснення комунікації», «Незавершенні речення», «Сімейні правила».

Тема 15. Дошлюбне, подружнє й постподружнє консультування та терапія

Дошлюбне консультування. Психологічна проблеми, що вирішуються у дошлюбному консультуванні. Психологічна допомога у вирішенні проблеми спілкування з партнером протилежної статі. Психологічна допомога клієнтам у пошуку шлюбного партнера.

Загальна характеристика подружнього консультування. Особливості консультування шлюбних партнерів на різних етапах розвитку родини. Типи подружніх проблем. Організація й тактика консультування (терапії). Робота з одним з подружжя. Побудова прийому подружніх пар. Консультування пар, що розлучаються та постподружнє консультування.

Тема 16. Консультативна робота та терапія залежних та созалежних клієнтів.

Загальне уявлення про залежність, види залежної поведінки, созалежність.

Вживання алкоголем та зловживання алкоголем: доза та рівні вживання алкоголю. Продром алкоголізму. Форми прояву та стадії розвитку алкоголізму. Наркотична залежність. Залежність від ліків. Нікотинова залежність. Поняття шкоди внаслідок формування нехімічних видів залежності. Поняття поведінкових патернів, характерних для нехімічних видів залежності. Особливості трудового залежності особистісний портрет трудового, класифікація трудового. Спортивна адикція. Адикція до витрати грошей (шопоголізм). Інтернет адикція: психологічні та фізичні симптоми які характерні для інтернет-адиктів, типологія залежності від комп'ютера, типи інтернет-залежних. Ігрова залежність (гемблінг). Епідеміологія, етіологія, патогенез. Характерологічні та особистісні риси гемблерів. Соціальні фактори ризику. Клінічні прояви. Залежність від комп'ютерних ігор. Залежність від азартних ігор. Технологічні адикції. Любовна адикція: характеристика поняття ЛА, ознаки ЛА, класифікація любовних адиктів, мотиви звернення адиктів за психологічною допомогою. Залежність від мобільних телефонів (sms-адикція). Адикція відносин. Релегійна адикція. Культова поведінка ризику. Риси культової общини. Методи вербовки. Утримання у культурі. Особистісні фактори культової узалежненої поведінки. Деформація культової свідомості. Комунікативні залежності. Фанатизм.

Сексуальні адикції. Класифікація клінічних проявів сексуальних адикцій. Розлади сексуальних переваг (парафілії): фетишизм, фітишистський трансвестизм, ексгібіціонізм, вуйайеризм, педофілія, садомазохізм, множинні розлади сексуальних переваг, інші розлади сексуальних переваг. Клінічна картина: об'єктивні та суб'єктивні феномени. Порушення психічного онтогенезу (дизонтогенез свідомості). Порушення сексуального онтогенезу (дизонтогенез статевої ідентичності). Механізми психосексуального дизонтогенезу. Розлади формування базової статевої ідентичності. Загальна характеристика особистісних рис, притаманних особам, схильним до нехімічних видів залежностей.

Харчова залежність (нервова анорексія, нервова булімія, психогенна гіперфагія).

Залежні крадіжки (клептоманія та делінквентні крадіжки). Теоретичні моделі клептоманії та її зв'язок з іншими психічними розладами. Розповсюдженість та клініко-соціальні характеристики осіб, які залежні на клептоманію. Залежні делінквентні крадіжки. Загальні фактори формування залежних крадіжок. Особливості формування залежної поведінки осіб, які скоюють крадіжки.

Патологічні звичні дії, як форма адикції. Загальна характеристика патологічних звичних дій. Трихотілломанія (ТХМ) як «ендогенна» форма розладів звичок та потягів.

Профілактика узалежнення від культу себе та своїх близьких. Поняття співзалежності. Поняття про сприяння та не сприяння хворобі. Емоційна созалежність. Взаємодія психологічних територій. Сутність созалеженості. Форми созалежних відносин. Психологічні портрети людей, що створюють созалежні відносини. Психологічні особливості особистості із комплексами: самознищення; жертви; садистськими схильностями; нарцисизму; ненаситною спрагою любові. Діти, що виростили в родині із созалежними відносинами. Злоякісна співзалежність. Наркотична співзалежність. Трикутник «рятувальника»: ролі «рятувальник», «жертва», «переслідувач». Созалежність із сектою.

Мета і завдання психотерапевтичних впливів при залежності. Раціональна психотерапія: місце і роль у комплексній терапії залежних станів. Сугестивні методи психотерапії (гіпнотерапія, емоційно-стресова терапія, «кодування», аутогенна релаксація) у комплексній терапії залежних станів. Поведінкова психотерапія (умовно-рефлекторна, ситуаційний тренінг, психодрама та ін.), місце і роль у комплексній терапії залежних станів. Основні стадії казкотерапії при залежній поведінці. Особливості підбору казок. Принципи створення казок. Вікові аспекти казкотерапії. Групова психотерапія в комплексній терапії залежних станів. Психоаналіз та подібні методи в комплексній терапії залежних станів. Сімейна психотерапія залежних станів. Терапія реабілітаційним середовищем. Соціальний аспект терапії зайнятстю. Духовно-орієнтовані технології. Психопрофілактика узалежненої поведінки

**ЗМІСТОВІ МОДУЛІ УЧБОВОГО КУРСУ
«ПРАКТИКИ КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ТЕРАПІЇ В
КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ»**

І. Змістовий модуль

Тема: Основи теорії, діагностики, консультування та психотерапії у кризових ситуаціях

Лекційні модулі:

1. Кризове консультування і психотерапія як галузь практичної психології
2. Стрес та травматичний стрес
3. Методи роботи з особистістю з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР)
4. Психологічне консультування при переживанні втрати (смерті, розлученні, хворобах)

Практичні модулі:

1. Кризове консультування і психотерапія як галузь практичної психології
2. Методи діагностики посттравматичного стресового розладу у дітей та дорослих
3. Методи роботи з особистістю з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР)
4. Психологічне консультування при переживанні втрати (смерті, розлученні, хворобах)

Модулі самостійної роботи:

1. Кризове консультування і психотерапія як галузь практичної психології
2. Екзистенціальний напрямок у психології та філософії як теоретичне підґрунтя кризового консультування і психотерапії
3. Характеристика екзистенціальних тривог
4. Основи логотерапії
5. Стрес та травматичний стрес
6. Методи діагностики посттравматичного стресового розладу у дітей
7. Методи діагностики посттравматичного стресового розладу у дорослих
8. Методи роботи з особистістю з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР)
9. Психологічне консультування при переживанні втрати (смерті, розлученні, хворобах).

Підсумкова тека до І змістового модуля (письмова контрольна робота).

1. Кризове консультування і психотерапія як галузь практичної психології. Предмет та завдання курсу. Система основних понять курсу. Критерії кризового стану. Аналіз понять «криза», «екстремальна ситуація», «подія», «кризова подія», «фрустрація», «стрес», «травматичний стрес», «кризові стани». Компоненти кризового стану.
2. Види криз за Г.Хемблі. Види криз за В. Ромеком, Конторович, Крукович.
3. Підходи до психотерапії кризових станів. Принципи кризового консультування та терапії й фундаментальні психологічні настанови. Принципи кризової інтервенції.
4. Організаційна складова консультування (формальні і процесуальні компоненти). Терапевтичний простір та структурна організація процесу психологічного консультування. Встановлення контакту. Прийняття індивідуального світу клієнта. Емпатичне розуміння. Активне вислуховування. Скарга. Очікування клієнта. Проблема. Запит. Вербальне і невербальне заохочення. Етапи кризового консультування: Відповідальність консультанта та клієнта у кризовому консультуванні. Основні правила кризового консультування.
5. Методи кризової психотерапії: раціональна психотерапія, когнітивна, гештальт-терапія, гіпноз та трансів техніки, екзистенціальна терапія, метод прогресивної м'язової релаксації та аутогенного тренування, групова поведінкова терапія.

6. Техніки тілесноорієнтованої терапії, що застосовуються у роботі з гострими станами.
7. Психобіографічний підхід до вивчення життєвого шляху особистості.
8. Психологічний зміст переживання. Скорбота як процес переживання.
9. Методика «Психологічна автобіографія» Л.Ф.Бурлачук та Ю.Коржової: процедура проведення та основні показники.
10. Методика В.І.Шебанової «Психологічний аналіз травматичних подій»: процедура проведення та основні показники.
11. Аналіз взаємозв'язку екзистенціальної психології та психології травмуючих ситуацій.
12. Основні положення екзистенціальної психології.
13. Методи екзистенціальної психології.
14. Екзистенціальний аналіз.
15. Загальна характеристика екзистенціальних тривог.
16. Взаємозв'язок категорій «тривога» і «страх».
17. Механізм виникнення патологічної тривоги
18. Характеристика поняття «сенсу» та система цінностей життя у якому є сенс (за В.Франклом).
19. Вчення про свободу волі та екзистенціальний вакуум.
20. Логотерапевтична теорія неврозів.
21. Історія створення теорії посттравматичного стресу: внесок Д.Еріксона, Н.Опенгейма, Д.Майерса, А.Кардінера, Е.Крепеліна, З.Фрейда, Е.Ліндермана, М.Горовітца.
22. Етіологія й симптоматика посттравматичного стресу: основні ситуації, які призводять до ПТСР та основні види симптомів ПТСР.
23. Аналіз методів діагностики
24. Симптоматика наслідків тривалих знущань
25. Патологічні зміни у взаєминах і в індивідуальності
26. Повторні ушкодження, які впливають за тривалими знущаннями.
27. Психологічні наслідки тероризму
28. Загальні підходи до психотерапії ПТСР.
29. Основні принципи та методи групової терапії.
30. Психотерапія емоційних травм за допомогою руху очей (ДПДГ) – за Ф.Шاپіро
31. Гештальт-терапія. Основні цілі та методи терапевтичної роботи.
32. Когнітивно-поведінкова психотерапія. Основні цілі та методи поведінкової психотерапії. Основні цілі та методи когнітивної терапії.
33. Метод візуально-кінестетичної дисоціації (ВКД) Р.Бендлера та Дж.Гріндера.
34. Психологічна допомога методом психологічного дебрінгу.
35. Гештальт-терапія. Основні цілі терапевтичної роботи. Основні механізми порушення циклу-контакту. Розлади, при який застосовується гештальт-терапія. Основні поняття гештальт-терапії. Основні методи гештальт-терапії.
36. Когнітивно-поведінкова психотерапія. Основні цілі та методи поведінкової психотерапії. Основні цілі та методи когнітивної терапії.
37. Символ-драма (метод кататимного переживання образів). Основи методу кататимного переживання образів (КПО). Основна ступінь при роботі с ПТСР. Розлади, при який застосовується КПО. Розлади, при яких КПО може бути неефективною.
38. Нейрографіка. Мета, завдання та алгоритм виконання.
39. Мультимодальна модель подолання стресу та невизначеності BASIC Ph (М. Лаад Mooli Lahad). Основні положення моделі, її мета та завдання. Основні етапи методики.
40. Горе втрати як процес. Стадії та задачі горя.
41. Консультування клієнта, який пережив втрату.

42. Загальна характеристика переживання горя дітьми.
43. Фази дитячого горя.
44. Вікові особливості переживання горя. Самоусвідомлення та основні проблеми, які виникають у горі.
45. Стратегія та методологія психотерапевтичної допомоги.

II. Змістовий модуль

Тема: Консультативна робота та терапія при різних видах криз

Лекційні модулі:

1. Консультативна та терапевтична робота з жінками, що зазнали насилля.
2. Консультативна та терапевтична робота з дітьми, що зазнали насилля.
3. Психологічна допомога при вторинній травматизації
4. Консультування із проблем, пов'язаними з дітьми
5. Дошлюбне, подружнє й постподружнє консультування та терапія
6. Консультативна робота та терапія залежних та созалежних клієнтів

Практичні модулі:

1. Консультативна та терапевтична робота з жінками, що зазнали насилля.
2. Консультативна та терапевтична робота з дітьми, що зазнали насилля.
3. Суїцидальна поведінка як прояв кризи
4. Психологічна допомога при вторинній травматизації
5. Консультування із проблем, пов'язаними з дітьми
6. Дошлюбне, подружнє й постподружнє консультування
7. Консультативна робота та терапія залежних та созалежних клієнтів

Модулі самостійної роботи:

1. Консультативна та терапевтична робота з жінками, що зазнали насилля.
2. Консультативна та терапевтична робота з дітьми, що зазнали насилля.
3. Суїцидальна поведінка як прояв кризи
4. Психологічна допомога при вторинній травматизації
5. Консультування із проблем, пов'язаними з дітьми
6. Дошлюбне, подружнє й постподружнє консультування та терапія
7. Консультативна робота та терапія залежних та созалежних клієнтів.

Підсумкова тека до II змістового модуля (письмова контрольна робота).

1. Поняття та основні види домашнього побутового насилля над жінками.
2. Міфи про побутове насилля над жінками.
3. Основні характерні признаки потенційних жертв побутового насилля та основні характерологічні риси чоловіків, які схильні до насилля.
4. Згвалтування: основні фази травматичного синдрому згвалтування (ТСЗ).
5. Фактори психічної травматизації, яка пов'язана з сексуальним насиллям (за Дж.Хіндманом).
6. Екстрена психологічна допомога жертвам насилля.
7. Короткострокова та довгострокова психологічна реабілітація жертв насилля.
8. Реабілітація наслідків насильства за допомогою НЛП.
9. Реабілітація посттравматичного стресового розладу за допомогою психоаналітичного консультування.
10. Використання технік гештальттерапії у довгостроковій реабілітації.
11. Використання клієнтцентрованої терапії у реабілітаційній роботі з жінками, що зазнавали насилля.
12. Використання технік терапії реальністю у довгостроковій реабілітації жінок, що зазнавали насилля.
13. Використання раціонально-емотивної та когнітивно-біхевіоральної терапії у реабілітаційній роботі жінками, що зазнавали насилля.
14. Наведення транс у реабілітаційній роботі з жінками, що зазнавали насилля.

15. Недирективні методи гіпноустесії та «спрямованої уваги» реабілітаційній роботі.

16. Методи м'язової релаксації у реабілітаційній роботі з жінками, що зазнали насильства. Метод психічної саморегуляції у роботі з жінками, що зазнали насильства.

17. Арт-терапевтичні (креативні) види та техніки у реабілітаційній роботі з жінками, що зазнали насильства: малювання, колаж, ліплення, кольоротерапія, драмо терапія, фототерапія, маскотерапія, книготерапія/бібліотерапія, казкотерапія, піскова терапія.

18. Консультування жертв сімейного насилля.

19. Консультування жертв сексуального насилля.

20. Насилля над дітьми: емоційне, психологічне, фізичне та сексуальне.

21. Насилля у школі. Наслідки насилля у дітей.

22. Консультування дітей-жертв насилля.

23. Групова психотерапія з дітьми

24. Фактори суїцидального ризику: соціально-демографічні, індивідуально-психологічні, медичні та природні фактори.

25. Індикатори суїцидального ризику: ситуаційні, поведінкові, комунікативні, когнітивні та емоційні.

26. Консультування суїцидальних клієнтів.

27. Консультування уцілілих після суїциду.

28. Підтримка консультанта.

29. Групова кризова психотерапія.

30. Синдром вигорання та вторинна травма.

31. Оцінка вторинної травматизації.

32. Робота з вторинною травмою.

33. Загальні принципи роботи з родителями у процесі консультування.

34. Основи консультування з основних проблем дошкільників.

35. Основи консультування з шкільних проблем.

36. Консультування підлітків.

37. Підліткові й молодіжні телефони психологічної допомоги.

38. Причини й прояви найбільш важких проблем у підлітків і юнаків (суїцид, наркотична залежність).

39. Сімейна психотерапія. Основна мета та завдання сімейної психотерапії.

40. Критерії функціональної родини.

41. Етапи корекції в сімейній психотерапії.

42. Принципи консультування сімей з різним ступенем виразності психологічного насилля.

43. Модель, підходи та принципи сімейної терапії при сексуальному насиллі.

44. Етапи сімейної терапії.

45. Основні психотехнічні прийоми, які використовуються у сімейній психотерапії. Параметри сімейної системи. Основні техніки сімейної психотерапії: «Циркулярне інтерв'ю», «Позитивне переформулювання», «Припис», «Парадоксальний припис», «Реверсування», «прояснення комунікації», «Незавершенні речення», «Сімейні правила».

46. Загальна характеристика подружнього консультування. Типи подружніх проблем.

47. Організація й тактика консультування (терапії). Робота з одним з подружжя. Побудова прийому подружніх пар.

48. Консультування пар, що розлучаються та постподружнє консультування.

49. Загальне уявлення про залежність і залежності. Наркоманія Алкоголізм.

50. Допомога клієнтам із залежностями та їхнім родичам.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ, ВИКОНАННЯ ТА ОФОРМЛЕННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ З КУРСУ «ПРАКТИКИ КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ТЕРАПІЇ В КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ»

Самостійна робота є невід'ємною складовою вивчення навчальної дисципліни «Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях». Вона здійснюється за такими напрямками:

- підготовка теоретичних питань до практичних занять;
- опрацювання першоджерел;
- підготовка рефератів;
- виконання професійно-орієнтованих завдань;
- підготовка до підсумкових модульних робіт;
- підготовка до заліку.

Виконання самостійної роботи передбачає розвиток навичок пошуку необхідної інформації, опрацювання та осмислення теоретичного і практичного матеріалу.

Для вивчення навчальної дисципліни «Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях» студент повинен бути націлений на засвоєння мети, завдань, змісту, принципів, функцій, засобів і технологій психокорекційної роботи, методів психологічного впливу та різноманітних технік саморегуляції. Самостійна робота полягає у систематизації знань з курсу, формуванні цілісного, системного бачення питань психологічного впливу; узагальненні знань, форм і методів роботи відповідно їх логіко-змістовного викладення в процесі навчального курсу.

Важливим елементом такої роботи є опрацювання першоджерел які сприяють опануванню основних понять, вітчизняного і закордонного досвіду, розумінні закономірностей процесу психологічної корекції.

Вивчення навчальної дисципліни студентами денної форми навчання відбувається за допомогою різних форм опанування матеріалом: лекцій, семінарських, робіт з літературою, написанні контрольних, рефератів. У вищому навчальному закладі найбільш суттєвою формою передачі певного об'єму знань по дисципліні є **академічна лекція**. Сучасна лекція ґрунтується на активній взаємодії викладача і студента. Вона повинна задовольнити запити студента по активізації мислення, мотивуючого, аналізуючого, висновкового характеру. Для викладача мета лекції полягає у доведенні до студентів найбільш суттєвих сторін проблеми, що розглядається у логіко-змістовній структурі курсу. Викладач активізує участь студентів у різних формах її проведення: лекція-повідомлення, лекція-бесіда, лекція-дискусія, лекція з розглядом конкретних ситуацій.

Лекція допомагає у стислий час зорієнтувати студентів на усвідомлення суттєвих питань теми, сформувані свої погляди та інші відомості про шляхи розв'язання проблеми.

Практичні рекомендації до оформлення конспекту лекції:

- записувати тільки суттєве, ключовими словами;
- логічно пов'язувати матеріал ілюструючи його прикладами, малюнками;
- повністю заносити таблиці, графіки, статистичні відомості;
- виділяти найбільш важливі положення, смислові блоки і думки;
- виділяти питання, які потребують додаткового висвітлення під час семінарів і практичних занять.

До кожної з тем додається список літератури, який допомагає самостійно підготуватись до семінарських занять.

Семінарське заняття передбачає активну, самостійну участь студентів у подальшому засвоєнні, закріпленні, уточненні теоретичних і практичних знань, умінь, навичок, що отримані на лекції, або під час опрацювання рекомендованої літератури.

Підготовка теоретичних питань семінарських занять передбачає опрацювання питань теми практичного заняття. Ці питання можуть розглядатися під час лекції, але також виноситися на самостійне опрацювання.

Алгоритм підготовки.

- Чітко усвідомте мету і професійну спрямованість семінарського заняття;
- Визначте питання для підготовки (**Прим.: Ви маєте розглянути усі питання, зазначені у плані практичного заняття!**).

- Прочитати конспект лекції, ознайомитись з рекомендованою літературою.
- Скориставшись бібліотечними каталогами (алфавітним, предметним або систематичним) чи електронними джерелами, запропонованими у списку рекомендованої літератури до практичного заняття, визначте розділи (теми або параграфи), у яких розкрито питання практичного заняття.

- Прочитайте ці розділи.
- Складіть план (простий або складний) відповіді на кожне питання.
- Визначте основні поняття, які Ви повинні засвоїти.
- Проаналізуйте, як опрацьований матеріал пов'язаний з іншими питаннями теми.

- Для кращого засвоєння та запам'ятовування матеріалу складіть короткий конспект, схеми, таблиці або графіки по прочитаному матеріалу.

- Зробіть виписки, посилання з рекомендованої літератури, які знадобляться для аргументації своєї позиції;

- Визначте питання, які потребують додаткового роз'яснення, тобто проблеми в опрацьованому матеріалі, які Ви недостатньо зрозуміли. З цими питаннями Ви можете звернутися на консультації до викладача.

- Перевірте, як Ви засвоїли опрацьоване питання. Ви можете це зробити, відповівши на тестові питання до теми або розв'язавши практичні завдання.

- Зорганізуйтеся на активну участь у практичному занятті.

Опрацювання першоджерел передбачає поглиблений розгляд окремих питань теми. Для цього можуть пропонуватися статті з фахових журналів, розділи монографій або підручників.

Алгоритм підготовки.

- Прочитайте запропоноване першоджерело.
- Правильно оформіть бібліографію першоджерела (автор, назва, вихідні дані).
- Складіть план (простий або складний).
- Для кожного пункту плану виділіть основні положення проблеми, яка висвітлюється у першоджерелі.

- Представте прочитаний текст у вигляді тез або анотації, використовуючи, при потребі, схеми, таблиці, графіки тощо.

- Для самоперевірки перекажіть статтю, використовуючи власний конспект.
- Задля економії часу й зусиль конспект можна замінити опрацюванням сканованого чи скопійованого тексту: підкресленням або виділенням основного за допомогою маркерів та олівців, помітками на полях, нумерацією та ін.

Підготовка рефератів передбачає глибокий та детальний аналіз проблеми, винесеної у темі реферату.

Алгоритм підготовки.

- Ознайомтеся з вимогами до реферату.
- Підберіть літературу, у якій розкривається тема реферату. При підборі літератури можете користуватися бібліотечними каталогами (алфавітним, предметним або систематичним) та електронними джерелами мережі інтернет.

- Складіть план реферату.
- Опрацюйте літературні джерела, користуючись порадами до конспектування першоджерел.
- Систематизуйте опрацьований матеріал відповідно до плану реферату.
- Дайте власний критичний аналіз та оцінку висвітленої проблеми.
- Оформіть реферат відповідно до вимог.
- На основі реферату підготуйте усну доповідь на практичне заняття.

Підготовка до підсумкової модульної роботи (ПМР) та екзамену має на меті узагальнення та систематизацію знань з окремого модуля або дисципліни у цілому.

Алгоритм виконання

- Ознайомтеся з переліком питань та завдань до ПМР або заліку.
- Підберіть підручники, інструктивно-методичні матеріали або іншу довідкову літературу, необхідну для підготовки (її перелік Ви можете знайти в робочій програмі або інструктивно-методичних матеріалах).
 - Перегляньте зміст кожного питання, користуючись власними конспектами або підручниками.
 - Визначте рівень знань з кожного питання.
 - Визначте питання, які потребують ретельнішої підготовки (опрацювання додаткової літератури, складання конспектів, схем, виконання окремих завдань тощо). З цією метою зверніться до алгоритму підготовки теоретичних питань до практичних занять та виконання завдань до лабораторних занять. Для самоперевірки перекажіть теоретичні питання або виконайте практичне завдання.

Примітка: якщо ви маєте труднощі у підготовці окремих теоретичних питань або при виконанні практичних завдань, то можете звернутися за консультацією до викладача. Час проведення консультацій, зазначений у графіку проведення консультацій (кафедра теоретичної психології та психології розвитку).

Формами практичної самостійної роботи є написання контрольних робіт, рефератів

Контрольна робота, реферат - це самостійно підготовлена письмова робота по певним вимогам. Вони здійснюються на основі огляду однієї або декількох наукових робіт згідно запропонованої для виконання теми. Контрольна робота, реферат виконується згідно розробленого плану, який являє собою логіко-змістовне розв'язання проблемного питання і в який входить вступ, основна частина, висновки, список використаної літератури. Основна частина складається з розділів, що висвітлюють системні напрацювання теорії і практики досліджуваного явища в певній послідовності. Методи, які використовують під час написання роботи є: аналіз, порівняння, узагальнення і самостійні висновки по змісту опрацьованих літературних джерел.

З метою успішного та глибокого засвоєння знань з дисципліни **«Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях»**, за вузівським курсом університету студентам всіх форм навчання рекомендований модуль самостійної роботи.

Виконання блоку самостійної роботи з навчальної дисципліни **«Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях»** передбачає виконання трьох блоків завдань (теоретичного та практичного спрямування).

Відповіді на *теоретичні питання* (у формі конспектів) повинні бути повними, аргументованими, з визначенням особливостей роботи з консультування та терапії в кризових ситуаціях та визначення напрямів, методик, технік, прийомів, прикладів роботи. Після опрацювання кожного теоретичного питання необхідно скласти 5 контрольних питань (бажано щоб питання стимулювали відповіді не репродуктивного, а узагальнюючого або порівняльного характеру) та 5 тестових питань.

Під час підготовки, студентам пропонуються посібники, підручники, монографії та статті у науково-популярних журналах, що наведені у списку літератури (методичного забезпечення). В той же час *добір та оформлення наукової літератури* з означених теоретичних питань також є складовою модулю самостійної роботи. Літературні джерела оформлюються згідно до стандарту «Бібліографічний запис. Бібліографічний опис» (ДСТУ 7.1:2006).

Самостійна робота виконується на скріплених сторінках формату А4. На титульній сторінці вказуються: назва дисципліни («Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях»); прізвище, ім'я, по-батькові студента; номер групи. Контрольна робота має містити список літератури. Оформлюється українською мовою, шрифт – 14 (Times New Roman), міжрядковий інтервал – 1,5, поля: ліве – 3 см, праве – 1 см, верхнє і нижнє – 2 см.; вирівнювання по ширині сторінки.

Самостійну роботу належить виконувати не лише грамотно, а й охайно, з дотриманням необхідних абзаців та інтервалів, залишаючи поля для наведення зауважень. Робота повинна бути зброшурованою і мати наступні складові: титульний аркуш, зміст, текст відповідей, список використаних джерел.

Позитивна оцінка за самостійну роботу є необхідною умовою для складання поточного модульного контролю.

I блок теоретичного спрямування передбачає опрацювання лекційного матеріалу (див. зміст структури навчальної дисципліни) із застосуванням додаткової наукової літератури. Цей блок потребує: а) наявності **конспекту у відповідності до змісту лекційного курсу**. Якщо студент стаціонарної форми навчання має пропуски (з будь-якої причини), то йому необхідно самостійно опрацювати та представити конспект з означеної тематики; б) **засвоєння понятійного апарату** відповідно до тематичного плану курсу /за необхідністю складається робочий словник/.

II блок теоретичного спрямування - цей блок **потребує складання стислого конспекту з тематики, що виноситься на самостійне опрацювання**. Студенти *заочної та екстернатної форми навчання* повинні представити конспект відповідно до тематичного плану навчальної дисципліни (всі теми). Конспект представляє собою проробку основних положень теми, що дозволяє студентам ознайомитися з певним спектром проблем у феноменології реабілітаційного процесу та визначенню особливостей тимчасових порушень психічних процесів під впливом екстремальних чинників та катастроф.

III блок – практичного спрямування полягає у закріпленні навичок застосування методів корекції, аналізування прийомів, технік, реакцій психолога (психотерапевта) під час проведення індивідуальної та групової корекції. Цей блок потребує: а) оформлення одного протоколу індивідуальної роботи під час корекційного процесу (форма протоколу вільна); б) складання анотації під час опрацювання першоджерел (наукових статей). Складові анотації та варіанти опису дивитися у табл. 1.

Таблиця 1

Складові анотації та варіанти опису

Складові анотації	Варіанти опису
1. Вступна частина анотації (бібліографічний опис статті)	Стаття, що анотується має назву «...» Статтю під назвою «...» опубліковано в журналі «...» за ... р., №...
2. Тематика статті	Статтю присвячено актуальній проблемі... Тема статті – ... Автор статті висвітлює теоретично значуще питання... Стаття являє собою узагальнення (огляд, опис, виклад, аналіз)... У статті йдеться про... Автор статті «...» здійснює ґрунтовний аналіз

Складові анотації	Варіанти опису
3.Проблематика статті	У статті розв'язуються (висвітлюються, досліджуються, ставляться, порушуються проблеми (питання)... Автор формулює... У ході дослідження автор висвітлює такі актуальні питання, як... У статті узагальнюються результати дослідження... Автор пропонує науково обґрунтований аналіз... Автор визначає сутність поняття...
4. Ілюстрування думок прикладами	Автор наводить переконливі приклади... Автор ілюструє прикладами ... Автор цитує... Для переконливої ілюстрації автор використовує... У статті наведено статистичні дані...
5.Підсумок. Висновки	Автор наводить висновки... Автор підбиває підсумки... Автором стверджується, що... Завершуючи дослідження, автор формулює висновки: ... Автор переконує, що...
6. Адресат статті (для рекомендаційної анотації)	Стаття зацікавить... Стаття розрахована на (широке коло читачів, менеджерів, перекладачів, студентів, аспірантів...)... Стаття адресована науковцям...

Самостійна робота з курсу «Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях» це індивідуальне завдання науково-дослідного, творчого характеру, яке виконує студент і яке є однією з форм виявлення теоретичних і практичних знань, вміння застосовувати їх при розв'язанні конкретних наукових, творчих завдань та містить елементи практичної діяльності з психопрофілактики.

Самостійна робота виконується на підставі глибокого вивчення літератури зі спеціальності (підручників, навчальних посібників, монографій, періодичної літератури, журналів у тому числі на іноземній мові, нормативної, довідкової літератури тощо).

Основні етапи психологічного дослідження (експерименту):

1. Вивчення стану проблеми, виявлення актуальності її дослідження. Визначення цілей і завдань, предмета й об'єкта дослідження.

2. Розробка або уточнення вихідної дослідницької концепції. Побудова моделі явища, що вивчається. Висування гіпотез.

3. Планування дослідження. Визначення основних етапів, вибірки досліджуваних. Вибір методів і методик. Організаційно-методичне забезпечення проведення психологічних обстежень, експериментів.

4. Проведення психологічних обстежень, експериментів. Збір емпіричних даних та їх систематизація. Складання зведених таблиць, перевірка їх, перетворення форми інформації, при необхідності - її кодування.

5. Обробка даних, у тому числі з використанням математико-статистичних методів. Подання результатів.

6. Обговорення й інтерпретація результатів у рамках вихідної дослідницької концепції. Оцінювання результатів перевірки гіпотез.

7. Співвідношення результатів з існуючими концепціями й теоріями. Формулювання загальних висновків, у яких вказується: підтверджена або спростована гіпотеза, досягнута мета чи ні, як вирішені завдання дослідження, які результати досягнуті. При необхідності розробляються практичні рекомендації. Оцінюються перспективи подальшої розробки проблеми.

8. Складання психопрофілактичної програми на основі отриманих результатів.

Самостійна робота повинна відповідати наступним вимогам:

- мати чітку структуру і логічну послідовність викладення матеріалу; науково-дослідний характер проблем психопрофілактики; відповідати сучасному рівню розвитку психологічної науки;
- визначальними її рисами повинні бути актуальність і практична цінність;
- наявність даних (матеріалів) психологічної практики;
- конкретність і наукова обґрунтованість.

Мова й стиль наукового дослідження

Найбільш характерною особливістю письмової наукової мови є формально-логічний спосіб викладу матеріалу. Це знаходить своє вираження у всій системі мовних засобів. Науковий текст складається головним чином з міркувань, метою яких є доказ істин, виявлених у результаті дослідження фактів дійсності.

Для наукового тексту характерні значеннєва закінченість, цілісність і зв'язок. Найважливішим засобом вираження логічних зв'язків є спеціальні функціонально-синтаксичні засоби зв'язку:

- думки, що вказують на послідовність розвитку (спочатку, насамперед, потім, по-перше, по-друге, виходить, отже),
- суперечливі відносини (однак, тим часом, у той час як, проте),
- причинно-наслідкові відносини (отже, тому, завдяки цьому, згідне із цим, внаслідок цього, крім того, до того ж),
- перехід від однієї думки до іншої (перш ніж перейти к., звернемося к., розглянемо, зупинимось на., розглянувши, перейдемо к., необхідно зупинитися на., необхідно розглянути),
- підсумок, висновок (отже, таким чином, виходить, на закінчення відзначимо, все сказане дозволяє зробити висновок, підбивши підсумок, варто сказати).

У науковій мові дуже поширені вказівні займенники «цей», «той», «такий». Вони не тільки конкретизують предмет, але й виражають логічні зв'язки між частинами висловлення (наприклад: «Ці дані служать достатньою основою для висновку...»).

Норми наукової комунікації строго регламентують характер викладу наукової інформації, вимагаючи відмови від виявлення власної думки в чистому виді. Зараз стало неписаним правилом, коли автор наукового твору виступає в множині й замість «я» вживає займенник «ми», що дозволяє йому відбити свою думку як думку певної групи людей, наукової школи або наукового напрямку. І це цілком з'ясовано, оскільки сучасну науку характеризують такі тенденції, як інтеграція, колективність творчості, комплексний підхід до рішення проблем.

Ставши фактом наукової мови, займенник «ми» обумовив цілий ряд нових значень і похідних від них зворотів, зокрема, із присвійним займенником типу «на нашу думку».

Використання й оформлення цитат

Для підтвердження власних доводів посиланням на авторитетне джерело або для критичного розбору того або іншого наукового твору варто наводити цитати.

При цитуванні кожна цитата повинна супроводжуватися посиланням на джерело, бібліографічний опис якого повинен наводитися відповідно до вимог бібліографічних стандартів.

Приклад 1. *Л.М. Веккер аналізував феномен повноти розуміння як індикатор рівня розвитку розумового процесу на поняттєвому рівні. «... був виявлений зв'язок властивостей оборотності розумових операцій, з одного боку, з інваріантністю операндних структур, з іншого боку, зі специфічним феноменом розуміння...» [39, с.219].*

Приклад 2. *«Емоційний досвід - один з механізмів наведення на рішення» [23, с.102], що визначає процес переструктурування початково заданих умов задачі.*

При непрямому цитуванні (при переказі, при викладі думок інших авторів своїми словами), що дає значну економію тексту, варто бути гранично точним у переказі думок

автора й коректним при оцінці що викладається, давати відповідні посилання на джерело.

Приклад 1. *Агресія, за визначенням К. Лоренца, розглядається як будь-яка форма поведінки, яка націлена на образу, заподіяння шкоди іншій живій істоті, що не бажає подібного звернення [15].*

Приклад 2. *У дослідженнях А.В. Брушлінського [30], Л.М. Веккера [39], Г.С. Костюка [58], О.М. Матюшкіна [65], Я.О. Пономарьова [65], С.Л. Рубінштейна [70] та ін. мислення розкривається як дуже динамічний багаторівневий і багатомірний процес.*

Студент самостійно обирає 2 теми для виконання дослідницької роботи з курсу «психогігієна» та узгоджує їх з викладачем курсу. Одна тема з будь-якого напрямку психогігієни (вікової психогігієни; психогігієни праці; психогігієна навчання і виховання; психогігієна побуту; психогігієна сім'ї і статевого життя; психогігієна спорту; психогігієна колективного життя), інша тема – з вивчення будь-якого виду залежної поведінки (тютюнопаління, алкогольної залежності, наркотичної залежності, трудового, шопоголізму, інтернет-залежності, ігрової залежності, залежності від стосунків, залежності від сексуальних стосунків, харчової залежності, культової залежності).

Робота повинна включати структурні частини:

1. титульний аркуш,
2. зміст,
3. основну частину:
 - теоретичний розділ(до 5 сторінок)
 - експериментальний : самостійна розробка анкети з обраної тематики та проведення дослідження на вибірці з 10 осіб (від 5 до 10 сторінок).
 - складання психопрофілактичної програми на основі отриманих результатів (від 5 до 10 сторінок).
4. висновки,
5. список використаних джерел,
6. додатки (за необхідністю).

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДО ВИКОНАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ЗАВДАННЯ

Виконання індивідуального завдання студентом полягає у підготовці та захисті роботи, що являє собою інтерв'ю із людиною середнього або похилого віку та аналіз відповідної вікової кризи (середини життя або кризи похилого віку). Студент може також провести інтерв'ю із людиною, яка переживає або вже пережила будь-яку із криз, що вивчаються в рамках дисципліни. Допускається аналіз літературного твору з описом кризового стану героя.

Індивідуальна робота студента повинна містити такі структурні елементи:

- фактичний матеріал, тобто необхідні для обґрунтованого аналізу інтерв'ю цитати із стенограми бесіди;

- безпосередній аналіз запропонованого на розгляд випадку: студент повинен дати відповіді на такі питання:

• Чому висунута для аналізу ситуація може вважатися життєвою кризою респондента?

• Які характерні ознаки кризових станів можуть бути спостережені у даному конкретному випадку?

• Яким чином кризова ситуація, що розглядається, вплинула на респондента та його життєвий шлях?

- шляхи та окремі заходи психологічної допомоги, що можуть бути запропоновані у даному випадку; обґрунтування їх доречності.

Обсяг індивідуального завдання має становити 3-4 сторінки рукописного тексту на аркушах паперу формату А4. Робота повинна складатись із титульного аркуша, змісту, списку використаної літератури.

Змістові модулі самостійної роботи учбового курсу

I. Змістовий модуль

Тема: Основи теорії, діагностики, консультування та психотерапії у кризових ситуаціях

Модулі самостійної роботи:

1. Кризове консультування і психотерапія як галузь практичної психології
2. Екзистенціальний напрямок у психології та філософії як теоретичне підґрунтя кризового консультування і психотерапії
3. Характеристика екзистенціальних тривог
4. Основи логотерапії
5. Методи діагностики посттравматичного стресового розладу у дітей
6. Методи діагностики посттравматичного стресового розладу у дорослих
7. Методи роботи з особистістю з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР)
8. Психологічне консультування при переживанні втрати (смерті, розлученні, хворобах)

II. Змістовий модуль

Тема: Консультативна робота та терапія при різних видах криз

Модулі самостійної роботи:

1. Консультативна робота та терапія з жінками, що зазнали насилля
2. Консультативна робота та терапія з дітьми, що зазнали насилля
3. Суїцидальна поведінка як прояв кризи
4. Психологічна допомога при вторинній травматизації
5. Консультування із проблем, пов'язаними з дітьми
6. Дошлюбне, подружнє й постподружнє консультування
7. Консультативна робота та терапія залежних та созалежних клієнтів.

У таблиці 2 наведений перелік тем курсу, змісту завдань до них, форми та терміни звіту самостійної роботи

Перелік тем, змісту завдань, форм та терміну звіту самостійної роботи

№	Назва теми	Зміст завдань	Форми звіту	Термін звіту
Змістовий модуль 1. Основи теорії, діагностики, консультування та психотерапії у кризових ситуаціях				
1.	Кризове консультування і психотерапія як галузь практичної психології.	<p>Надати письмові тези відповідей на наступні питання:</p> <p>1. Аналіз понять «криза», «екстремальна ситуація», «подія», «кризова подія», «фрустрація», «стрес», «травматичний стрес».</p> <p>2. Організаційна складова консультування (формальні і процесуальні компоненти). Терапевтичний простір та структурна організація процесу психологічного консультування.</p> <p>3. Встановлення контакту. Активне вислуховування. Скарга. Очікування клієнта. Проблема. Запит. Вербальне і невербальне заохочення.</p> <p>Виконати практичні завдання, що зазначені у плані до семінарського заняття № 1.</p> <p>Словник з теми: поняття «криза», «екстремальна ситуація», «подія», «кризова подія», «фрустрація», «стрес», «травматичний стрес», очікування клієнта, проблема, запит, вербальне і невербальне заохочення, раціональна психотерапія, когнітивна, гештальт-терапія, гіпноз та трансівні техніки, екзистенціальна терапія, метод прогресивної м'язової релаксації, метод аутогенного тренування, тілесноорієнтована терапія, групова поведінкова терапія, категорії «час життя», «життєвий цикл», «життєвий шлях».</p> <p>Презентації: кризи нормативні та ненормативні. Особливості протікання, зони конфлікту, мішені консультування та терапії, методи роботи.</p>	1. Конспект 2. Висновки за практичними завданнями. 3. Створити словник. 4. Створити презентацію.	1-2 тижень
2	Екзистенціальний напрямок у психології та філософії як теоретичне підґрунтя кризового консультування і психотерапії	<p>Надати письмові тези відповідей на наступні питання:</p> <p>Основні положення екзистенціальної психології. Погляд на емоції: почуття провини – поняття та модуси. Погляд на людину та становлення людини. Зв'язок буття людини й буття миру. Методи екзистенціальної психології. Екзистенціальний аналіз. Аналіз основних базисних конфліктів, які аналізує екзистенціальна психологія: смерть, воля, ізоляція, безглуздість. Модуси буття Л. Бісвангер. Поняття трансценденції.</p> <p>Словник з теми: екзистенція, емоції, почуття провини, буття людини, буття миру, екзистенціальний аналіз, основні базисні конфлікти; поняття: смерть, воля, ізоляція, безглуздість, трансценденція.</p>	1. Конспект 2. Створити словник.	7-8 тижень

№	Назва теми	Зміст завдань	Форми звіту	Термін звіту
3	Характеристика екзистенціальних тривог	<p>Надати письмові тези відповідей на наступні питання:</p> <p>Загальна характеристика екзистенціальних тривог. Тривога долі й смерті. Тривога провини й осуду. Тривога порожнечі й відсутності змісту. Взаємозв'язок категорій «тривога» і «страх». Механізм виникнення патологічної тривоги</p> <p>Словник з теми: екзистенціальні тривоги, тривога долі, тривога смерті, тривога провини, тривога осуду, тривога порожнечі, тривога відсутності змісту.</p>	<p>1. Письмові відповіді (конспект).</p> <p>2. Створити словник.</p>	7-8 тиждень
4	Основи логотерапії	<p>Надати письмові тези відповідей на наступні питання:</p> <p>Характеристика поняття «сенсу» за В.Франклом. Система цінностей життя у якому є сенс (за В.Франклом). Вчення про свободу волі. Екзистенціальний вакуум. Логотерапевтична теорія неврозів. Методи допомоги людині у ситуації ноогенного неврозу: психобіографічний дебріфінг; переосмислення, дерефлексія, парадоксальна інтенція.</p> <p>Словник з теми: поняття «сенсу» за В.Франклом, свобода волі, екзистенціальний вакуум, ноогенний невроз, психобіографічний дебріфінг; переосмислення, дерефлексія, парадоксальна інтенція.</p>	<p>1. Письмові відповіді</p> <p>2. Створити словник.</p>	7-8 тиждень
5	Стрес та травматичний стрес	<p>Надати письмові тези відповідей на наступні питання:</p> <p>Фактори ризику розвитку ПТСР. Історія створення теорії посттравматичного стресу: внесок Д. Еріксона, Н. Опенгейма, Д. Майерса, А. Кардінера, Е. Крепеліна, З. Фрейда, Е. Ліндермана, М. Горовітца. Етіологія й симптоматика посттравматичного стресу: основні ситуації, які призводять до ПТСР та основні види симптомів ПТСР. Аналіз методів діагностики. Симптоматика наслідків тривалих знущань. Патологічні зміни у взаєминах і в індивідуальності. Повторні ушкодження, які впливають за тривалими знущаннями. Психологічні наслідки тероризму</p> <p>Виконати практичні завдання до семінарського заняття № 2.</p> <p>Словник з теми: стрес, травматичний стрес, діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу, психологічні механізми виникнення посттравматичного стресового розладу, фактори ризику розвитку ПТСР, повторні ушкодження, ре-травматизація, аутогенне тренування, прогресивна м'язова релаксація, тривалі знущання, тероризм</p>	<p>1. Конспект</p> <p>2. Висновки за практичними завданнями.</p> <p>3. Створити словник.</p>	2-3 тиждень

№	Назва теми	Зміст завдань	Форми звіту	Термін звіту
6	Методи діагностики посттравматичного стресового розладу у дітей	<p>Надати письмові тези відповідей на наступні питання:</p> <p>Полуструктуроване інтерв'ю для оцінки травматичних переживань дітей. Батьківська анкета для оцінки травматичних переживань дітей. Проективні методики оцінювання посттравматичного стресового розладу у дітей</p> <p>Практичне завдання</p> <p>Провести діагностику дитини за вищеперерахованими методики, обробити результати та скласти психодіагностичний висновок</p>	Матеріали діагностики та психодіагностичний висновок.	3-4 тиждень
7	Методи діагностики посттравматичного стресового розладу у дорослих	<p>Надати письмові тези відповідей на наступні питання:</p> <p>Шкала для клінічної діагностики ПТСР (CLINICAL- ADMINISTERED PTSD SCALE - CAPS). Шкала для оцінки впливу травматичної події (IMPACT OF EVENT SCALE-R - IES-R). Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий та громадянський варіанти). Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SYMPTOM CHECK LIST-90-REVISED - SCL-90-R). Опитувальник Бека для оцінки депресії (BECKDEPRESSION INVENTORY- BDI). Шкала дисоціації (DISSOCIATIVE EXPERIENCE SCALE - DES). Опитувальник перитравматичної дисоціації. Опитувальник травматичного стресу для діагностування психологічних наслідків. Шкала базових переконань (WORLD ASSUMPTION SCALE - WAS). Особистісний профіль кризи (TAPAC, 2003). Особистісна та соціальна ідентичність (УРБАНОВИЧ, 1998, 2001).</p> <p>Практичне завдання</p> <p>Провести діагностику дорослої людини за вищеперерахованими методики, обробити результати та скласти психодіагностичний висновок</p>	Матеріали діагностики та психодіагностичний висновок	3-4 тиждень
8	Методи роботи з особистістю з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР)	<p>Надати письмові тези відповідей на наступні питання:</p> <p>П'ять стадій актуального стану клієнта та цілі терапії на кожній з них (за Горовіцем). Основні цілі терапії при перших контактах з клієнтом, який страждає на ПТСР. Основні передумови успішної роботи з клієнтами, що страждають на ПТСР. Три стадії терапевтичної роботи з людьми, які страждають на ПТСР. Типові терапевтичні помилки.</p> <p>Метод десенсибілізації та переробки емоційних травм за допомогою руху очей (ДПРО) – за Ф.Шапіро. Історія виникнення методу. Психофізіологічне обґрунтування методу. Особливості застосування методу. Стандартна процедура ДПРО: оцінювання факторів безпеки клієнта, вивчення історії</p>	1. Конспект 2. Створити словник. 3. Звіти з виконаних практичних занять	5-6 тиждень

№	Назва теми	Зміст завдань	Форми звіту	Термін звіту
		<p>хвороби та планування психотерапії, підготовка до проведення ДПРО-терапії, визначення предмета (цілі) впливу, десенсибілізація, інсталяція, сканування тіла, завершення, переоцінка. Стратегії, які використовуються при заблокованій переробці. ДПРО у лікуванні психогенних сексуальних дисфункцій.</p> <p>Метод візуально-кінестетичної дисоціації (ВКД) Р.Бендлера та Дж.Гріндера. Психологічна допомога методом психологічного дебріфінгу.</p> <p>Гештальт-терапія. Основні цілі терапевтичної роботи. Основні механізми порушення циклу-контакту. Розлади, при який застосовується гештальт-терапія. Основні поняття гештальт-терапії. Основні методи гештальт-терапії.</p> <p>Когнітивно-поведінкова психотерапія. Основні цілі та методи поведінкової психотерапії. Основні цілі та методи когнітивної терапії.</p> <p>Символ-драма (метод кататимного переживання образів). Основи методу кататимного переживання образів (КПО). Основна ступінь при роботі с ПТСР. Розлади, при який застосовується КПО. Розлади, при яких КПО може бути неефективною.</p> <p>Нейрографіка. Мета, завдання та алгоритм виконання.</p> <p>Мультимодальна модель подолання стресу та невизначеності BASIC Ph (М. Лаад Mooli Lahad). Основні положення моделі, її мета та завдання. Основні етапи методики.</p> <p>Виконати практичні завдання до семінарського заняття № 3.</p> <p>Словник з теми: метод десенсибілізації, метод ослаблення травматичного інциденту, метод візуально-кінестетичної дисоціації, психологічний дебріфінг, гештальт-терапія, механізми порушення циклу-контакту, когнітивно-поведінкова психотерапія, символ-драма (метод кататимного переживання образів).</p>		
9	<p>Психологічне консультування при переживанні втрати (смерті, розлученні, хворобах)</p>	<p>Надати письмові тези відповідей на наступні питання:</p> <p>Вітчизняні та зарубіжні дослідження переживання втрати. Стратегії поведінки рідних термінально хворих. Консультування клієнта, який пережив втрату. Психологічна допомога при переживанні втрати. Слова втіхи: що можна, а чого не можна говорити. Загальні проблеми психологічної роботи при переживанні втрати. Наративні техніки у роботі з переживанням втрати. Бібліотерапія при переживанні втрати. Казкотерапія при переживанні втрати.</p> <p>Загальна характеристика переживання горя дітьми. Фази дитячого горя. Вікові особливості переживання горя. Самоусвідомлення та основні</p>	<p>1.Конспект 2.Створити словник. 3.Проведення двох, які можна рекомендувати при роботі з клієнтом, що переживає втрату</p>	<p>7-8 тиждень</p>

№	Назва теми	Зміст завдань	Форми звіту	Термін звіту
		проблеми, які виникають у горі. Стратегія та методологія психотерапевтичної допомоги. Переживання втрати при розлученні. Стадії втрати при розлученні. Загальні проблеми психологічної роботи при переживанні втрати при розлученні. Наративні техніки у роботі з переживанням втрати при розлученні. Бібліотерапія при переживанні втрати при розлученні. Казкотерапія при переживанні втрати при розлученні. Виконати практичні завдання до семінарського заняття № 4. Словник з теми: втрата, горе, термінальні хворі, наративні техніки, бібліотерапія, казкотерапія.		
Змістовий модуль II. Консультативна робота та терапія при різних видах криз				
10	Консульта- тивна робота з жінками, що зазнали насилля.	Надати письмові тези відповідей на наступні питання: Класифікація видів і форм насильства. Домашнє (сімейне побутове) насильство. Визначення та основні види домашнього побутового насильства над жінками. Міфи та факти про побутове насильство над жінками. Статистичні дані з сімейного насильства Особистісні особливості жінок, що постраждали від сімейного насильства Особистісні риси кривдників Основні фази травматичного синдрому звалтування (ТСЗ). Психологічна реабілітація жінок, жертв домашнього насилля. Виконати практичні завдання до семінарського заняття № 5. Словник з теми: насильство, домашнє (сімейне побутове) насильство, травматичний синдром звалтування (ТСЗ), психологічна реабілітація жінок, екстрена психологічна допомога, короткострокова та довгострокова психологічна реабілітація, малювання, колаж, ліплення, кольоротерапія, драмо терапія, фототерапія, маскотерапія, книготерапія або бібліотерапія, казкотерапія, піскова терапія, сімейна психотерапія й сімейне консультування у реабілітації жінок, що зазнали насильства. Практична робота: дібрати 6 методик для діагностики психологічного стану жінки, що зазнала насильства, вправи для психологічної допомоги, фільми, книги, що можна рекомендувати для жінок, що зазнала насильство	1.Конспект 2.Створити словник. 3. Здати практичну роботу	15-16 тиждень
11	Консульта- тивна робота з дітьми, що зазнали насилля	Надати письмові тези відповідей на наступні питання: Визначення, види та чинники насильства щодо дітей. Фактори ризику жорстокої поведінки з дитиною. Психологічні фактори ризику дитини. Діти в ролі кривдників Види жорстокої поведінки з дітьми. Психологічна реабілітація дітей жертв насильства.	1.Конспект 2.Створити словник. 3. Здати практичну роботу	15-16 тиждень

№	Назва теми	Зміст завдань	Форми звіту	Термін звіту
		<p>Виконати практичні завдання до семінарського заняття № 6.</p> <p>Словник з теми: шкільне насильство.</p> <p>Практична робота: дібрати 6 методик для діагностики психологічного стану дитини, що зазнала насильства, вправи для психологічної допомоги, фільми, книги, що можна рекомендувати для дітей, що зазнали насильство</p>		
12	Суїцидальна поведінка як прояв кризи	<p>Надати письмові тези відповідей на наступні питання:</p> <p>Фактори суїцидального ризику. Соціально-демографічні фактори. Індивідуально-психологічні фактори. Медичні фактори. Природні фактори. Індикатори суїцидального ризику. Ситуаційні індикатори. Поведінкові індикатори. Комунікативні індикатори. Когнітивні індикатори. Емоційні індикатори. Консультування суїцидальних клієнтів. Консультування уцілілих після суїциду. Підтримка консультанта. Групова кризова психотерапія.</p> <p>Виконати практичні завдання до семінарського заняття № 7.</p> <p>Словник з теми: суїцидальний ризик, соціально-демографічні фактори суїцидального ризику, індивідуально-психологічні фактори суїцидального ризику, медичні фактори суїцидального ризику, природні фактори суїцидального ризику, індикатори суїцидального ризику.</p>	1. Конспект 2. Створити словник. 3. Здати практичну роботу	15-16 тиждень
13	Психологічна допомога при вторинній травматизації	<p>Надати письмові тези відповідей на наступні питання:</p> <p>Особистість кризового консультанта. Спеціальні здібності та показники професійної придатності кризового консультанта. Синдром вигорання та вторинна травма. Стадії синдрому вигорання. Фактори, що обумовлюють вторинну травматизацію. Оцінка вторинної травматизації. Робота з вторинною травмою. Психопрофілактична робота щодо запобігання синдрому вигорання. Тайм-менеджмент як психопрофілактика синдрому вигорання. Супервізія як метод профілактики вторинної травми.</p> <p>Виконати практичні завдання до семінарського заняття № 8.</p> <p>Словник з теми: синдром вигорання, вторинна травма, вторинна травматизація, супервізія.</p>	1. Конспект 2. Створити словник. 3. Здати практичну роботу	9-10 тиждень
14	Консультування із проблем, пов'язаними з дітьми	<p>Надати письмові тези відповідей на наступні питання:</p> <p>Специфіка сімейного консультування. Основні стадії та технологія сімейного консультування. Загальні принципи роботи з батьками у процесі консультування. Причини виникнення проблем, пов'язаних із вихованням дітей з родини. Етапи</p>	1. Конспект 2. Здати практичну роботу	11-12 тиждень

№	Назва теми	Зміст завдань	Форми звіту	Термін звіту
		<p>роботи психолога-консультанта з батьками. Спільна робота психолога з батьками та дітьми. Основні проблеми дошкільників. Основна мета негативної поведінки дитини. Корекційні заходи з боку батьків. Методи метафоричного спілкування з дитиною. Шкільні проблеми.</p> <p>Консультування підлітків. Підліткові й молодіжні телефони психологічної допомоги. Причини й прояви найбільш важких проблем у підлітків і юнаків (суїцид, наркотична залежність). Консультування батьків щодо труднощів у стосунках із дорослими дітьми.</p> <p>Сімейна психотерапія. Основна мета та завдання сімейної психотерапії. Критерії функціональної родини. Етапи корекції в сімейній психотерапії. Принципи консультування сімей з різним ступенем виразності психологічного насилля. Модель, підходи та принципи сімейної терапії при сексуальному насиллі. Етапи сімейної терапії. Основні психотехнічні прийоми, які використовуються у сімейній психотерапії. Параметри сімейної системи. Основні техніки сімейної психотерапії: «Циркулярне інтерв'ю», «Позитивне переформулювання», «Припис», «Парадоксальний припис», «Реверсування», «Прояснення комунікації», «Незавершені речення», «Сімейні правила».</p> <p>Виконати практичні завдання до семінарського заняття № 9.</p> <p>Словник з теми: сімейне консультування; стадії та технологія сімейного консультування; принципи роботи з батьками у процесі консультування; причини виникнення проблем, пов'язаних із вихованням дітей з родини; метафоричне спілкування з дитиною; причини й прояви найбільш важких проблем у підлітків і юнаків (суїцид, наркотична залежність); сімейна психотерапія; критерії функціональної родини; основні психотехнічні прийоми, які використовуються у сімейній психотерапії; параметри сімейної системи; основні техніки сімейної психотерапії.</p>		
15	Дошлюбне, подружнє й постподружнє консультування	<p>Надати письмові тези відповідей на наступні питання:</p> <p>Дошлюбне консультування. Психологічна проблеми, що вирішуються у дошлюбному консультуванні. Психологічна допомога у вирішенні проблеми спілкування з партнером протилежної статі. Психологічна допомога клієнтам у пошуку шлюбного партнера.</p> <p>Загальна характеристика подружнього консультування. Особливості консультування шлюбних партнерів на різних етапах розвитку родини. Типи подружніх проблем. Організація й</p>	1. Конспект 2. Здати практичну роботу	13-14 тиждень

№	Назва теми	Зміст завдань	Форми звіту	Термін звіту
		<p>тактика консультування (терапії). Робота з одним з подружжя. Побудова прийому подружніх пар. Консультування пар, що розлучаються та постподружнє консультування.</p> <p>Виконати практичні завдання до семінарського заняття № 10.</p> <p>Словник з теми: подружнє консультування, подружні проблеми, тактика консультування, постподружнє консультування.</p>		
16	<p>Консульта-тивна робота та терапія залежних та созалежних клієнтів.</p>	<p>Надати письмові тези відповідей на наступні питання:</p> <p>Загальне уявлення про залежність, види залежної поведінки, созалежність.</p> <p>Вживання алкоголем та зловживання алкоголем: доза та рівні вживання алкоголю. Продром алкоголізму. Форми прояву та стадії розвитку алкоголізму. Наркотична залежність. Залежність від ліків. Нікотинова залежність. Поняття шкоди внаслідок формування нехімічних видів залежності. Поняття поведінкових патернів, характерних для нехімічних видів залежності. Особливості трудового залежності особистісний портрет трудового залежника, класифікація трудового залежника. Спортивна адикція. Адикція до витрати грошей (шопоголізм). Інтернет адикція: психологічні та фізичні симптоми які характерні для інтернет-адиктів, типологія залежності від комп'ютера, типи інтернет-залежних. Ігрова залежність (гемблінг). Епідеміологія, етіологія, патогенез. Характерологічні та особистісні риси гемблерів. Соціальні фактори ризику. Клінічні прояви. Залежність від комп'ютерних ігор. Залежність від азартних ігор. Технологічні адикції. Любовна адикція: характеристика поняття ЛА, ознаки ЛА, класифікація любовних адиктів, мотиви звернення адиктів за психологічною допомогою. Залежність від мобільних телефонів (sms-адикція). Адикція відносин. Релегійна адикція. Культова поведінка ризику. Риси культової общини. Методи вербовки. Утримання у культурі. Особистісні фактори культової узалежненої поведінки. Деформація культової свідомості. Комуникативні залежності. Фанатизм.</p> <p>Сексуальні адикції. Класифікація клінічних проявів сексуальних адикцій. Розлади сексуальних переваг (парафілії): фетишизм, фітишистський трансвестизм, ексгібіціонізм, вуйайеризм, педофілія, садомазохізм, множинні розлади сексуальних переваг, інші розлади сексуальних переваг. Клінічна картина: об'єктивні та суб'єктивні феномени. Порушення психічного онтогенезу (дизонтогенез свідомості). Порушення сексуального онтогенезу (дизонтогенез статевої ідентичності).</p>	<p>1. Конспект</p> <p>2. Здати практичну роботу</p>	<p>14-15 тиждень</p>

№	Назва теми	Зміст завдань	Форми звіту	Термін звіту
		<p>Механізми психосексуального дизонтогенезу. Розлади формування базової статевої ідентичності. Загальна характеристика особистісних рис, притаманних особам, схильним до нехімічних видів залежностей.</p> <p>Харчова залежність (нервова анорексія, нервова булімія, психогенна гіперфагія).</p> <p>Залежні крадіжки (клептоманія та делінквентні крадіжки). Теоретичні моделі клептоманії та її зв'язок з іншими психічними розладами. Розповсюдженість та клініко-соціальні характеристики осіб, які залежні на клептоманію. Залежні делінквентні крадіжки. Загальні фактори формування залежних крадіжок. Особливості формування залежної поведінки осіб, які скоюють крадіжки.</p> <p>Патологічні звичні дії, як форма аддикції. Загальна характеристика патологічних звичних дій. Трихотілломанія (ТХМ) як «ендогенна» форма розладів звичок та потягів.</p> <p>Профілактика узалежнення від культу себе та своїх близьких. Поняття співзалежності. Поняття про сприяння та не сприяння хворобі. Емоційна созалежність. Взаємодія психологічних територій. Сутність созалеженості. Форми созалежних відносин. Психологічні портрети людей, що створюють созалежні відносини. Психологічні особливості особистості із комплексами: самознищення; жертви; садистськими схильностями; нарцисизму; ненаситною спрагою любові. Діти, що виростили в родині із созалежними відносинами. Злоякісна співзалежність. Наркотична співзалежність. Трикутник «рятувальника»: ролі «рятувальник», «жертва», «переслідувач». Созалежність із сектою.</p> <p>Мета і завдання психотерапевтичних впливів при залежності. Раціональна психотерапія: місце і роль у комплексній терапії залежних станів. Сугестивні методи психотерапії (гіпнотерапія, емоційно-стресова терапія, «кодування», аутогенна релаксація) у комплексній терапії залежних станів. Поведінкова психотерапія (умовно-рефлекторна, ситуаційний тренінг, психодрама та ін.), місце і роль у комплексній терапії залежних станів. Основні стадії казкотерапії при залежній поведінці. Особливості підбору казок. Принципи створення казок. Вікові аспекти казкотерапії. Групова психотерапія в комплексній терапії залежних станів. Психоаналіз та подібні методи в комплексній терапії залежних станів. Сімейна психотерапія залежних станів. Терапія реабілітаційним середовищем. Соціальний аспект терапії зайнятості. Духовно-орієнтовані</p>		

№	Назва теми	Зміст завдань	Форми звіту	Термін звіту
		<p>технології. Психопрофілактика залежної поведінки</p> <p>Виконати практичні завдання до семінарського заняття № 11.</p> <p>Словник з теми: залежність, види залежної поведінки, созалежність, вживання алкоголем, зловживання алкоголем, доза та рівні вживання алкоголю, продром алкоголізму, стадії розвитку алкоголізму, наркотична залежність, залежність від ліків, нікотинова залежність, трудовоголізм, спортивна адикція, адикція до витрати грошей (шопоголізм), інтернет адикція, ігрова залежність (гемблінг), технологічні адикції, любовна адикція, адикція відносин, релігійна адикція, сексуальні аддукції, парафілії, фетишизм, фітишистський трансвестизм, ексгібіціонізм, вуйайеризм, педофілія, садомазохізм, множинні розлади сексуальних переваг, сексуальний онтогенез, дизонтогенез статевої ідентичності, психосексуальний дизонтогенез, харчова залежність, нервова анорексія, нервова булімія, психогенна гіперфагія, клептоманія, делінквентні крадіжки, патологічно звичні дії, трихотілломанія (ТХМ), раціональна психотерапія, гіпнотерапія, емоційно-стресова терапія, «кодування», аутогенна релаксація, поведінкова психотерапія, казкотерапія, сімейна психотерапія, терапія реабілітаційним середовищем, терапія зайнятстю.</p>		

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ**(самостійне опрацювання теми)**

сума балів	Оцінка за 7-бальною шкалою, що використовується в Херсонському державному університеті	Оцінка за шкалою ECTS	Оцінка за національною шкалою
90-100	5	A	відмінно
82-89	4,5	B	добре
74-81	4	C	
64-73	3,5	D	
60-63	3	E	задовільно
35-59	2	FX	незадовільно з можливістю повторного складання
1-34	1	F	незадовільно з обов'язковим повторним вивченням дисципліни

Критерії оцінювання:	5 (A)	4,5 (B)	4(C)	3,5 (0)	3(E)	X 2	F 1
Оцінка ECTS	90-100	82-89	74-81	64-73	60-63	35-59	1-34
Сума балів оцінка за національною шкалою	Відмінно	Добре	Добре	Задовільно	задовільно	(незадовільно з можливістю повторного складання)	(незадовільно з обов'язковим повторним вивченням дисципліни)
Опрацювання джерел інформації	Широке	Достатнє	Достатнє	В обсязі лекційного змісту	В обсязі лекційного змісту, з додатковими джерелами не ознайомлений	Не ознайомлений	Студент не відвідував заняття, не з'явився на контрольний захід
Володіння матеріалом, вміння побудувати логічну відповідь виділити головне, сформулювати думку (під час захисту самост. роботи)	вільне	В цілому володіє	Достатнє	Відчуває утруднення	Відчуває значні утруднення	Не володіє	з'явився на контрольний захід
Користування Конспектом	Вільна відповідь без опори на конспект	Вільна відповідь з допомогою викладача	Усна відповідь з опором на конспект	Користування ксерокопією, орієнтується у змісті	Замість конспекту ксерокопія, відповідь за допомогою викладача	Конспект	відсутність конспекту

**ПЛАНИ СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ З КУРСУ
«ПРАКТИКИ КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ТЕРАПІЇ В
КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ»**

І. Змістовий модуль

Тема: Основи теорії, діагностики, консультування та психотерапії у кризових ситуаціях

Тема 1: Кризове консультування і психотерапія як галузь практичної психології

Мета: Сформувати у студентів уявлення про кризове консультування і психотерапію як галузь практичної психології

Професійна спрямованість: знання предмету та завдань курсу, системи основних понять, критерії кризового стану, принципів кризового консультування та терапії й фундаментальних психологічних настанов

Питання до семінару (конспект):

Предмет та завдання курсу. Система основних понять курсу. Критерії кризового стану. Аналіз понять «криза», «екстремальна ситуація», «подія», «кризова подія», «фрустрація», «стрес», «травматичний стрес». Компоненти кризового стану. Види криз за Г.Хемблі. Види криз за В. Ромеком, В. Конторович, О. Крукович. Підходи до психотерапії кризових станів. Принципи кризового консультування та терапії й фундаментальні психологічні настанови. Принципи кризової інтервенції. Історія виникнення кризового консультування і терапії. Принципи кризової інтервенції.

Організаційна складова консультування (формальні і процесуальні компоненти). Терапевтичний простір та структурна організація процесу психологічного консультування. Встановлення контакту. Активне вислуховування. Скарга. Очікування клієнта. Проблема. Запит. Вербальне і невербальне заохочення. Принципи недирективної терапії К. Роджерса. Техніка рефлексивних відповідей. Техніка емпатійних відповідей.

Методи кризової психотерапії: раціональна психотерапія, когнітивна, гештальт-терапія, гіпноз та трансівні техніки, екзистенціальна терапія, метод прогресивної м'язової релаксації та аутогенного тренування, групова поведінкова терапія. Техніки тілесноорієнтованої терапії, що застосовуються у роботі з гострими станами (варіації з диханням, «третє крило», «равлик», «сосуд», «метафори підтримки», «ламінарія» «медуза»). Характеристика категорій «час життя», «життєвий цикл», «життєвий шлях». Психобіографічний підхід до вивчення життєвого шляху особистості. Психічна травма. Психологічний зміст переживання. Скорбота як процес переживання.

Практичні завдання:

1. Виконайте завдання, наведені у додатках А-В, а саме: 1) методику В.І. Шебанової «Психологічний аналіз травматичних подій». Зробіть висновки відносно власних ресурсів подолання кризових/травматичних ситуацій; виокремте те, що не дає можливості «відпустити» ситуацію. Зробіть узагальнення групових результатів (див. дод. А) 2) ранжування кризових подій (див. дод. Б);) аналіз кризової події (див. дод. В).

2. Напишіть есе на тему «Мої ресурси: внутрішні та зовнішні».

Методичні вказівки:

а) перед написання есе на цю тему по-перше ознайомтеся з нижченаведеними методичними рекомендаціями щодо написання есе. Якими вам пропонується користуватися при написанні всіх наступних есе.

б) по-друге, розкриваючи тему ресурсів обов'язково зупиниться на наступному:

- ✓ Які асоціації виникають у Вас, коли ви чуєте слово «Ресурс»?
- ✓ Що означає для Вас ресурс? Як Ви це розумієте?
- ✓ Охарактеризуйте Ваші внутрішні та зовнішні ресурси;

- ✓ Ваші звичні та незвичні ресурси;
- ✓ Яких ресурсів Вам вистачає, а які потрібно знайти;
- ✓ Ваші ресурси та Чужі ресурси, які для Вас теж є ресурсами;
- ✓ Ваші ресурси та Чужі ресурси, які для Вас зовсім не є ресурсами
- ✓ Як знайти ресурс у кризовому стані?
- ✓ Як знайти точку опору у кризовому стані?
- ✓ Ресурс у прийнятті обмеження та просто ресурс у обмеженні
- ✓ Зміцнення своєї індивідуальної конфігурації ресурсів

Методичні рекомендації щодо написання есе:

Есе – невеликий за обсягом прозовий твір, що має довільну композицію і висловлює індивідуальні думки та враження з конкретного приводу чи питання і не претендує на вичерпне і визначальне трактування теми.

На відміну від реферату, який адресується будь-якому слухачеві есе – це ближче до репліки, що адресується підготовленому слухачу. Тобто людині, яка вже має уяву, про що йде мова. Власне, така «адресність» дозволяє автору есе зосередити увагу на розкритті нового змісту, а не нагромаджувати різними службовими деталями викладення матеріалу в письмовому форматі.

Поради щодо побудови есе:

- Будь-який твір есе варто розпочати зі вступу, в якому має бути висвітлено загальний підхід до теми, вступ повинен містити проблемне завдання і відповідь на поставлене питання. Автор есе не має права описувати все, що йому відомо в обсязі заданої теми, а лише те, що буде творчою відповіддю на поставлене питання у темі. Упродовж усього есе необхідно підкреслювати зв'язок поданих фактів з тезою.

- Основна частина есе вибудовується з метою переконання читача. Для цього автор есе має використати вагомі аргументи. Спочатку варто викласти головні ідеї та факти, які підтверджуватимуть приклади до цих ідей.

- Есе має містити озвучену кінцівку. При цьому зовсім не важливо, кінець є ствердженням будь-чого, запитанням чи остаточно не завершеними роздумами. Вдалим варіантом завершення есе вважається використання афоризмів і цитат.

- Використовуйте різні виражальні засоби: метафори, алегорії, цитати, образи і порівняння. Такі прийоми зроблять ваш текст цікавіше і різноманітніше. Намагайтеся уникати складно сконструйованих речень. Дотримуйтеся правила: одне речення — одна думка. В тексті можна полемізувати з різними авторами і точками зору, якщо це доречно.

Завдання 3.1. Проаналізуйте відповіді терапевта в певній ситуації з позицій підходу орієнтованого на людину.

Ситуація: Клієнтка (на тлі важкого видиху) говорить: «мій чоловік завжди дуже багато зайнятий на роботі, приходиться додому втомлений, практично не розмовляє ані з дітьми, ані зі мною».

Терапевт:	Аналіз (Коментар):
«Ви відчуваєте себе самотньою й нікому не потрібною?»	
«Ви відчуваєте, що чоловік вас не любить?»	
«І давно ви це відчуваєте?»	
«Як часто...»	
«Як ви гадаєте, в чому причина?»	

Завдання 3.2. На основі техніки терапевтичного дзеркала запропонуйте терапевтичну реакцію на ситуації:

1) Клієнт щось розповідає, але весь час при цьому плаче, тому не зовсім зрозуміло про що ...	
2) Клієнт намагається щось сказати, але мовчить, стримує сльози...	

Завдання 3.3. (домашнє завдання):

Проаналізуйте відповіді терапевта з позицій підходу орієнтованого на людину.

Терапевтична ситуація: Клієнт, що прийшов на прийом, повідомив наступне: «Сьогодні мені приснилася моя мати, і, коли я їхав до вас, то всю дорогу думав про неї. Я дуже втомився ... У мене проблеми із дружиною, дітьми, начальством...».

Питання:

1. Скільки частин можна виокремити в тому, про що говорить клієнт?
2. Надайте власну відповідь у першій колонці.
3. Проведіть аналіз терапевтичних реакцій з позицій підходу орієнтованого на людину (у другій колонці).

Методична вказівка! Студентам рекомендується зробити 3 колонки (розташування зошиту - альбомне; третя колонка буде заповнюватися в аудиторії після перевірки).

4. Після аналізу терапевтичних реакцій 2-14, дайте відповіді на питання:

Які реакції терапевта дозволяють забезпечити супровід клієнта, тобто бути «у процесі» із клієнтом? Які відповіді, на Вашу думку найбільш вдалі з позицій підходу орієнтованого на людину? Які відповіді найбільш невдалі?

У таблиці 3, що наведена нижче – у першій колонці під номером «0», Вам необхідно надати власну відповідь, її аналіз (у другій колонці), можна провести після виконання аналізу терапевтичних реакцій під номером 2-14. Третій стовпчик заповнюється в аудиторії після перевірки домашнього завдання.

Під номером 1 (у другій колонці) наданий приклад аналізу терапевтичної реакції.

Таблиця 3

Варіанти терапевтичних відповідей на ситуацію та їх аналіз

Варіанти терапевтичних відповідей на ситуацію	Аналіз терапевтичних реакцій (виконується студентами як домашнє завдання)	
0.(Ваш варіант відповіді)		
1. «Ви не знаєте з чого почати свою розповідь, але оберіть те, що зараз ви вважаєте найбільш актуальним для Вас»...	Намагання супроводу клієнта на основі терапевтичного дзеркала, є «узагальнення», але є тиск (підштовхування до проблеми), інтерпретація, терапевтична оцінка (<i>не знаєте; оберіть те, що зараз ви вважаєте найбільш актуальним для Вас</i> ...)	
2. «На вас так багато всього звалилося...»		
3. «Я бачу, що у Вас серйозні проблеми»		
4. «Ви відчуваєте себе втомленим»		
5.»Ви сказали багато, але скажіть ще що-небудь»		
6. «Останнім часом що-небудь або хто-небудь вас радує?»		
7. «І зі мною таке теж траплялося, тому я вас дуже добре розумію»		
8. «Вам важко, і ви відчуваєте, що ці проблеми не можливо розв'язати»		

9. «Так, сьогодні ранком з вами багато чого відбулося...» (пауза)		
10. «У Вас проблеми з матір'ю»		
11. «У Вас проблеми з дружиною чи дітьми?»		
12. «У Вас проблеми з начальником?»		
13. «Що з того, про що ви казали, Вас найбільше непокоїть?»		
14. «Усні Ви бачили свою матір, та Ви весь час, поки їхали до мене думали про неї...»		

Основні поняття: криза, екстремальна ситуація, подія, кризова подія, фрустрація, стрес, травматичний стрес, психічна травма, активне вислуховування, скарга, очікування клієнта, проблема, запит, вербальне і невербальне заохочення, види криз, раціональна психотерапія, когнітивна, гештальт-терапія, гіпноз та трансів техніки, екзистенціальна терапія, метод прогресивної м'язової релаксації та аутогенного тренування, техніки тілесноорієнтованої терапії, що застосовуються у роботі з гострими станами, групова поведінкова терапія, категорії «час життя», «життєвий цикл», «життєвий шлях».

Контрольні питання:

1. Розкрийте предмет та завдання курсу.
2. Розкрийте систему основних понять курсу.
3. Охарактеризуйте основні критерії кризового стану.
4. Аналіз понять «криза», «екстремальна ситуація», «подія», «кризова подія», «фрустрація», «стрес», «травматичний стрес».
5. Охарактеризуйте види криз за Г.Хемблі.
6. Охарактеризуйте види криз за В. Ромеком, В. Конторович, О. Крукович.
7. Охарактеризуйте підходи до психотерапії кризових станів.
8. Поясніть принципи кризового консультування та терапії й фундаментальні психологічні настанови.
9. Поясніть принципи кризової інтервенції, її відмінність від звичайного консультування.
10. Охарактеризуйте організаційну складову консультування (формальні і процесуальні компоненти).
11. Розкрийте специфіку терапевтичного простору та структурної організації процесу психологічного консультування.
12. Поясніть особливості встановлення контакту.
13. Поясніть особливості активного вислуховування.
14. Дайте визначення понять: скарга, очікування клієнта, проблема клієнта.
15. Поясніть особливості запиту.
16. Розкрийте особливості вербального і невербального заохочення.
17. Методи кризової психотерапії: раціональна психотерапія, когнітивна, гештальт-терапія, гіпноз та трансів техніки, екзистенціальна терапія, метод прогресивної м'язової релаксації та аутогенного тренування, групова поведінкова терапія.
18. Техніки тілесноорієнтованої терапії, що застосовуються у роботі з гострими станами (варіації з диханням, «третє крило», «равлик», «сосуд», «метафори підтримки», «ламінарія/медуза»).
19. Характеристика категорій «час життя», «життєвий цикл», «життєвий шлях».
20. Розкрийте сутність психобіографічний підхід до вивчення життєвого шляху особистості.

21. Дайте визначення психічної травми.
22. Психологічний зміст переживання.
23. Скорбота як процес переживання.
24. Охарактеризуйте методику «Психологічного аналізу травматичних подій»

В. І. Шебанової поясніть особливості її виконання та інтерпретації даних.

Література до теми:

Базова: 1, 2; 3; 4; 5; 7; 8

Допоміжна: 3, 4; 8, 9; 10; 17; 21; 29, 34; 36; 37; 57; 86-140; 142

Інформаційні ресурси: 1-20

Тема 2. Стрес та травматичний стрес

Мета: Сформувати у студентів вміння та навички діагностики стресу та травматичного стресу й надання практичної допомоги щодо зменшення їх негативних наслідків людину.

Професійна спрямованість: уміння диференціювати різницю між станами стресу та травматичного стресу, вміння діагностувати ці стани та надавати практичну допомогу щодо зменшення негативних наслідків означених станів на організм.

Питання до семінару:

Концепція стресу Г.Сельє. Поняття травматичного стресу. Діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу. Прояви загальних ознак стресу чи посттравматичного стресового розладу у дітей, які визначаються методом спостереження (шляхом спілкування з батьками та педагогами) (див. дод. Г). Психологічні механізми виникнення посттравматичного стресового розладу. Фактори ризику розвитку ПТСР. Історія створення теорії посттравматичного стресу: внесок Д. Еріксона, Н. Опенгейма, Д. Майерса, А. Кардінера, Е. Крепеліна, З. Фрейда, Е. Ліндермана, М. Горовітца. Етіологія й симптоматика посттравматичного стресу: основні ситуації, які призводять до ПТСР та основні види симптомів ПТСР. Аналіз методів діагностики. Симптоматика наслідків тривалих знущань. Патологічні зміни у взаєминах і в індивідуальності. Повторні ушкодження, які впливають за тривалими знущаннями. Психологічні наслідки тероризму. Методи консультативної та терапевтичної допомоги при гострому стресі (надання психологічної підтримки, знання гострої реакції, навчання методам самопомоги). Аутогенне тренування (АТ). Загальні відомості. Ефективність АТ. Умови виникнення аутогенного стану. Позиції для АТ. Вихід з АТ. Нижча ступінь АТ (стандартні вправи): «Тяжкість». «Тепло». «Серце». «Дихання». «Сонячне сплетення». «Прохлада лоба». Особливості складання фраз-самонастроювання вищої ступені. Прогресивна м'язова релаксація за Е. Джейкобсоном (Jacobson). Рекомендації Б. Козлодзина як жити після психічної травми (див. дод. Д).

Практичні завдання:

1. Складіть комплекс психодігностичних методик для діагностування дорослих та дітей, щодо з'ясування їх стану та особливостей переживань стресових, травмуючих та кризових подій.
2. Виконайте проєктивну методику «Я у кризовій ситуації»
3. Складіть загально груповий аналіз внутрішніх та зовнішніх ресурсів за показниками, які були означені у методичних рекомендаціях щодо написання есе на тему «Мої ресурси: внутрішні та зовнішні».
4. Напишіть есе на теми «Стреси у моєму житті», «Кризи мого життя». Зробіть висновки та надайте рекомендації.
5. Підготувати тексти вищого щабелю АТ (аутогенна медитація) які можна було б застосовувати у ситуаціях стресу, кризи тощо (вибір конкретної проблеми – самостійний). Складаючи формули самонавіювання пам'ятайте про основні правила: точність, позитивність, індивідуальність тощо.

Основні поняття: стрес, травматичний стрес, діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу, психологічні механізми виникнення посттравматичного стресового розладу, фактори ризику розвитку ПТСР, повторні ушкодження, ре-травматизація, аутогенне тренування, прогресивна м'язова релаксація.

Контрольні питання

1. Концепція стресу Г.Сельє.
2. Поняття травматичного стресу.
3. Діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу.
4. Психологічні механізми виникнення посттравматичного стресового розладу.
5. Фактори ризику розвитку ПТСР.
6. Історія створення теорії посттравматичного стресу: внесок Д. Еріксона, Н. Опенгейма, Д. Майерса, А. Кардінера, Е. Крепеліна, З. Фрейда, Е. Ліндермана, М. Горовітца
7. Етіологія й симптоматика посттравматичного стресу: основні ситуації, які призводять до ПТСР та основні види симптомів ПТСР.
8. Аналіз методів діагностики.
9. Симптоматика наслідків тривалих знущань.
10. Патологічні зміни у взаєминах і в індивідуальності.
11. Повторні ушкодження, які впливають за тривалими знущаннями.
12. Психологічні наслідки тероризму
13. Методи консультативної та терапевтичної допомоги при гострому стресі (надання психологічної підтримки, знаття гострої реакції, навчання методам самодопомоги).
14. Аутогенне тренування (АТ). Загальні відомості. Ефективність АТ. Умови виникнення аутогенного стану.
15. Позиції для АТ.
16. Вихід з АТ.
17. Нижча ступінь АТ (стандартні вправи): «Тяжкість». «Тепло». «Серце». «Дихання». «Сонячне сплетення». «Прохлада лоба».
18. Особливості складання фраз-самонастроювання вищої ступені.
19. Прогресивна м'язова релаксація за Е. Джейкобсоном (Jacobson).

Література до теми:

Базова: 1, 2; 3; 4; 5; 7; 8; 11

Допоміжна: 3,4; 8, 9; 10; 17; 21; 29, 34; 36; 37; 57; 81; 94; 131; 139; 140; 142

Інформаційні ресурси: 1-20

Тема 3: Методи роботи з особистістю з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР)

Мета: Сформувати у студентів вміння та навички психологічного консультування та терапевтичної роботи з особистістю з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР)

Професійна спрямованість: уміння надання психологічної допомоги клієнту з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), оволодіння техніками з різних психотерапевтичних підходів.

Питання до семінару:

Принципи корекції та терапії при ПТСР. Методи корекції та терапії ПТСР. Загальні підходи до психотерапії ПТСР. Стратегії терапії за С. М. Єніколаповим. П'ять стадій актуального стану клієнта та цілі терапії на кожній з них (за М. Горовіцем). Основні цілі терапії при перших контактах з клієнтом, який страждає на ПТСР. Основні передумови успішної роботи з клієнтами, що страждають на ПТСР. Три стадії терапевтичної роботи з людьми, які страждають на ПТСР. Типові терапевтичні помилки. Техніки трансформації травматичної пам'яті: пряма оповідь або вільна оповідь та формалізована

сповідь. Основні правила терапії ПТСР. Труднощі, які відчуває терапевт при роботі з клієнтами, які страждають на ПТСР. Психотерапевтичні методи при роботі з ПТСР. Основні принципи та методи групової терапії.

Метод десенсибілізації та переробки емоційних травм за допомогою руху очей (ДПРО) – за Ф.Шапіро. Історія виникнення методу. Психофізіологічне обґрунтування методу. Особливості застосування методу. Стандартна процедура ДПРО: оцінювання факторів безпеки клієнта, вивчення історії хвороби та планування психотерапії, підготовка до проведення ДПРО-терапії, визначення предмета (цілі) впливу, десенсибілізація, інсталяція, сканування тіла, завершення, переоцінка. Стратегії, які використовуються при заблокованій переробці. ДПРО у лікуванні психогенних сексуальних дисфункцій.

Метод ослаблення травматичного інциденту Ф. Джерборда (ОТІ). Організаційні особливості методу ОТІ. Техніка та процедура проведення ОТІ.

Метод візуально-кінестетичної дисоціації (ВКД) Р. Бендлера та Дж. Гріндера. Техніка та процедура проведення ВКД.

Психологічна допомога методом психологічного дебрінгу. Організаційні особливості психологічного дебрінгу. Процедура проведення психологічного дебрінгу (див. дод. Е).

Гештальт-терапія. Основні цілі терапевтичної роботи. Основні механізми порушення циклу-контакту. Розлади, при яких застосовується гештальт-терапія. Основні поняття гештальт-терапії. Основні методи гештальт-терапії.

Тілесноорієнтована терапія (ТОТ). Основні цілі терапевтичної роботи. Основні механізми порушення контакту з тілом та проблеми клієнтів у ТОТ. Розлади, при яких застосовується ТОТ. Основні поняття ТОТ. Види контактування з тілом клієнта у ТОТ. Основні методи ТОТ.

Когнітивно-поведінкова психотерапія. Основні цілі та методи поведінкової психотерапії. Основні цілі та методи когнітивної терапії. Протокол когнітивно-поведінкової травмофокусованої терапії за А. Ехлерс та Д. Кларком (див. дод. Ж).

Символ-драма (метод кататимного переживання образів). Основи методу кататимного переживання образів (КПО). Основна ступінь при роботі с ПТСР. Розлади, при яких застосовується КПО. Розлади, при яких КПО може бути неефективною.

Нейрографіка. Мета, завдання та алгоритм виконання.

Мультиmodalна модель подолання стресу та невизначеності BASIC Ph (М. Лаад Mooli Lahad). Основні положення моделі, її мета та завдання. Основні етапи методики (див. дод. З).

Практики інтеграції страху смерті у військових (за К. В. Мирончак – див. дод. І).

Практичні завдання:

○ Проведіть на 1 клієнті методику ослаблення травматичного інциденту (ОТІ). Оформіть протокол та надайте рекомендації.

○ Проведіть з 1 клієнтом методику нейрографіки. Оформіть протокол та надайте рекомендації.

○ Проведіть на 1 клієнті методику BASIC Ph. Оформіть протокол та надайте рекомендації.

○ Доберіть по 5 вправ, які ви запропонували б клієнту з ПТСР у підходах гештальт-терапії, тілесноорієнтованої терапії (ТОТ), когнітивно-поведінкової психотерапії, символ-драми (методу кататимного переживання образів).

Основні поняття: метод десенсибілізації та переробки емоційних травм за допомогою руху очей (ДПРО), метод ослаблення травматичного інциденту (ОТІ), метод візуально-кінестетичної дисоціації (ВКД) Р.Бендлера та Дж.Гріндера. Дебрінг. Гештальт-терапія. Тілесноорієнтована терапія (ТОТ). Когнітивно-поведінкова психотерапія. Символ-драма (метод кататимного переживання образів).

Контрольні питання:

1. Принципи корекції та терапії при ПТСР.
2. Методи корекції та терапії ПТСР.
3. Загальні підходи до психотерапії ПТСР.
4. Стратегії терапії за С. М. Єніколаповим.
5. П'ять стадій актуального стану клієнта та цілі терапії на кожній з них (за М. Горовіцем).
6. Основні цілі терапії при перших контактах з клієнтом, який страждає на ПТСР.
7. Основні передумови успішної роботи з клієнтами, що страждають на ПТСР.
8. Три стадії терапевтичної роботи з людьми, які страждають на ПТСР.
9. Типові терапевтичні помилки.
10. Техніки трансформації травматичної пам'яті: пряма оповідь або вільна оповідь та формалізована сповідь.
11. Основні правила терапії ПТСР.
12. Труднощі, які відчуває терапевт при роботі з клієнтами, які страждають на ПТСР.
13. Психотерапевтичні методи при роботі з ПТСР.
14. Основні принципи та методи групової терапії.
15. Метод десенсибілізації та переробки емоційних травм за допомогою руху очей (ДПРО) – за Ф.Шапіро.
16. Історія виникнення методу.
17. Психофізіологічне обґрунтування методу.
18. Особливості застосування методу.
19. Стандартна процедура ДПРО: оцінювання факторів безпеки клієнта, вивчення історії хвороби та планування психотерапії, підготовка до проведення ДПРО-терапії, визначення предмета (цілі) впливу, десенсибілізація, інсталяція, сканування тіла, завершення, переоцінка.
20. Стратегії, які використовуються при заблокованій переробці. ДПРО у лікуванні психогенних сексуальних дисфункцій.
21. Метод ослаблення травматичного інциденту (ОТІ).
22. Метод візуально-кінестетичної дисоціації (ВКД) Р.Бендлера та Дж.Гріндера.
23. Психологічна допомога методом психологічного дебрінгу.
24. Гештальт-терапія. Основні цілі терапевтичної роботи.
25. Основні механізми порушення циклу-контакту.
26. Розлади, при яких застосовується гештальт-терапія.
27. Основні поняття гештальт-терапії.
28. Основні методи гештальт-терапії.
29. Тілесноорієнтована терапія (ТОТ). Основні цілі терапевтичної роботи. Основні механізми порушення контакту з тілом та проблеми клієнтів у ТОТ.
30. Розлади, при яких застосовується ТОТ. Основні поняття ТОТ.
31. Види контактування з тілом клієнта у ТОТ.
32. Основні методи ТОТ.
33. Когнітивно-поведінкова психотерапія. Основні цілі та методи поведінкової психотерапії. Основні цілі та методи когнітивної терапії.
34. Символ-драма (метод кататимного переживання образів). Основи методу кататимного переживання образів (КПО).
35. Основна ступінь при роботі с ПТСР. Розлади, при яких застосовується КПО. Розлади, при яких КПО може бути неефективною.
36. Нейрографіка. Мета, завдання та алгоритм виконання.
37. Мультимодальна модель подолання стресу та невизначеності BASIC Ph (М. Лаад Mooli Lahad). Основні положення моделі, її мета та завдання. Основні етапи методики.

Література до теми:

Базова: 1, 2; 3; 4; 5; 7; 8

Допоміжна: 3,4; 8, 9; 10; 17; 21; 29, 34; 36; 37; 57; 81; 94; 121; 140; 141; 144; 149

Інформаційні ресурси: 1-20

Тема 4: Психологічне консультування при переживанні втрати (смерті, розлученні, термінальних хворобах)

Мета: Сформувати у студентів вміння та навички психологічного консультування та терапевтичної роботи з клієнтом, що переживає втрату (смерть близької людини, розлучення, термінальну хворобу).

Професійна спрямованість: уміння надати практичну допомогу клієнтам різного віку, які переживають ситуації втрати (смерть близької людини, розлучення, термінальну хворобу).

Питання до семінару:

Втрата як подія. Втрата близької людини як необоротна значима подія. Втрата як травма. Переживання втрати: загальні характеристики. Стадії та задачі втрати. Вітчизняні та зарубіжні дослідження. Рівні проживання втрати. Концепція проживання втрати як процес змін у внутрішньому світі особистості. Горе втрати як процес: «Як звикнути?», «Що змінилося?», «У чому сенс?». Консультування клієнта, який пережив втрату. Психологічна допомога при переживанні втрати. Слова втіхи: що можна, а чого не можна говорити. Загальні проблеми психологічної роботи при переживанні втрати. Наративні техніки у роботі з переживанням втрати. Бібліотерапія при переживанні втрати. Казкотерапія при переживанні втрати. Фільмотерапія при переживанні втрати близької людини.

Загальна характеристика переживання втрати близької людини дітьми. Фази дитячого горювання. Вікові особливості переживання втрати близької людини. Самоусвідомлення та основні проблеми, які виникають при втраті близької людини. Стратегія та методологія психотерапевтичної допомоги. Принципи психологічної допомоги дитині, яка втратила близьку людину (див. дод. К).

Переживання втрати при розлученні. Стадії втрати при розлученні. Загальні проблеми психологічної роботи при переживанні втрати при розлученні. Наративні техніки у роботі з переживанням втрати при розлученні. Бібліотерапія при переживанні втрати при розлученні. Казкотерапія при переживанні втрати при розлученні. Фільмотерапія при переживанні втрати розлучення. Особливості роботи з дітьми, що переживають розлучення батьків.

Концепція психологічних стадій вмирання у термінальних хворих. Стратегії поведінки рідних термінально хворих. Консультування клієнта, який переживає власну термінальну хворобу. Консультування клієнта, який переживає термінальну хворобу близької людини.

Практичні завдання:

1. Доберіть по 5 вправ, які ви запропонували б клієнту, який переживає ситуацію смерті близької людини у підходах гештальт-терапії, тілесноорієнтованої терапії (ТОТ), когнітивно-поведінкової психотерапії, символ-драми (методу кататимного переживання образів), наративному підході, бібліотерапії, казкотерапії.

2. Доберіть по 5 вправ, які ви запропонували б клієнту, який знаходиться у термінальному стані у підходах гештальт-терапії, тілесноорієнтованої терапії (ТОТ), когнітивно-поведінкової психотерапії, символ-драми (методу кататимного переживання образів), наративному підході, бібліотерапії, казкотерапії.

3. Доберіть по 5 вправ, які ви запропонували б клієнту, який переживає ситуацію розлучення у підходах гештальт-терапії, тілесноорієнтованої терапії (ТОТ), когнітивно-поведінкової психотерапії, символ-драми (методу кататимного переживання образів), наративному підході, бібліотерапії, казкотерапії.

Основні поняття: втрата, термінальні хворі, наративні техніки, бібліотерапія, казкотерапія, розлучення, термінальні стани.

Контрольні питання

1. Розкрийте, що значить втрата як подія.
2. У яких випадках втрата близької людини є значущою подією?
3. У яких випадках ми визначаємо втрату як травму?
4. Які ознаки втрати як травми є ризиком ускладненого процесу її проживання?
5. Переживання втрати: загальні характеристики.
6. Розкрийте основні стадії та задачі втрати.
7. Основні проблеми консультування клієнта, який переживає втрату.
8. Головні аспекти надання психологічної допомоги при переживанні втрати.
9. Які слова втіхи що можна висловлювати, а які ні? Чому?
10. Охарактеризуйте загальні проблеми психологічної роботи при переживанні втрати.
11. Охарактеризуйте особливості застосування наративних технік у роботі з переживанням втрати близької людини.
12. Охарактеризуйте особливості застосування бібліотерапії при переживанні втрати близької людини з дорослими та дітьми.
13. Охарактеризуйте особливості застосування казкотерапії при переживанні втрати близької людини.
14. Охарактеризуйте особливості застосування фільмотерапії при переживанні втрати близької людини.
15. Надайте загальну характеристику переживання втрати близької людини дітьми.
16. Розкрийте фази дитячого горювання.
17. Розкрийте вікові особливості переживання втрати близької людини.
18. Самоусвідомлення та основні проблеми, які виникають при втраті близької людини.
19. Стратегія та методологія психотерапевтичної допомоги.
20. Переживання втрати при розлученні.
21. Стадії втрати при розлученні.
22. Загальні проблеми психологічної роботи при переживанні втрати при розлученні.
23. Охарактеризуйте особливості застосування наративних технік у роботі з переживанням втрати при розлученні.
24. Охарактеризуйте особливості застосування бібліотерапії при переживанні втрати при розлученні.
25. Охарактеризуйте особливості застосування казкотерапії при розлученні.
26. Охарактеризуйте особливості застосування фільмотерапії при переживанні втрати розлучення.
27. Особливості роботи з дітьми, що переживають розлучення батьків.
28. Концепція психологічних стадій вмирання у термінальних хворих.
29. Стратегії поведінки рідних термінально хворих.
30. Консультування клієнта, який переживає власну термінальну хворобу.
31. Консультування клієнта, який переживає термінальну хворобу близької людини.

Література до теми:

Базова: 1, 2; 3; 4; 5; 7; 8

Допоміжна: 3,4; 8, 9; 10; 17; 21; 29, 34; 36; 37; 57; 81; 92;96; 94; 101-132

Інформаційні ресурси: 1-20

II. Змістовий модуль

Тема: Консультативна робота та терапія при різних видах криз

Тема 5: Консультативна та терапевтична робота з жінками, що зазнали насилля.

Мета: Сформувати у студентів уявлення про особливості консультативної та терапевтичної роботи з жінками, що зазнали насилля.

Професійна спрямованість: знання особливостей консультативної та терапевтичної роботи з жінками, що зазнали насилля.

Питання до семінару (конспект):

Класифікація видів і форм насильства. Домашнє (сімейне побутове) насильство. Визначення та основні види домашнього побутового насильства над жінками. Міфи та факти про побутове насильство над жінками. Статистичні дані з сімейного насильства. Особистісні особливості жінок, що постраждали від сімейного насильства. Причини по яким жінка не йде від кривдника. Причини сімейного насильства. Особистісні риси кривдників. Міри безпеки які необхідно знати жінці, що страждає від домашнього насильства.

Сексуальне насильство. Визначення та види сексуального насилля над жінками. Основні фази травматичного синдрому згвалтування (ТСЗ). Фактори психічної травматизації, яка пов'язана з сексуальним насиллям (за Дж.Хіндманом). Як діяти, якщо ви стали жертвою нападу на вулиці...

Психологічна реабілітація жінок, жертв домашнього насилля. Поняття та основні принципи реабілітації. Екстрена психологічна допомога. Короткострокова та довгострокова психологічна реабілітація. Корекційний аспект психодіагностики. Особливості консультативної роботи з жертвами сімейного насильства. Реабілітація наслідків насильства за допомогою НЛП. Реабілітація посттравматичного стресового розладу за допомогою психоаналітичного консультування. Використання технік гештальттерапії у довгостроковій реабілітації. Використання клієнтцентованої терапії у реабілітаційній роботі з жінками. Використання терапії реальністю у довгостроковій реабілітації. Використання раціонально-емотивної та когнітивно-біхевіоральної терапії у реабілітаційній роботі. Наведення трансу... Недирективні методи гіпноугестії та «спрямованої уяви» реабілітаційній роботі. Методи м'язової релаксації у реабілітаційній роботі з жінками, що зазнали насильства. Метод психічної саморегуляції у роботі з жінками, що зазнали насильства. Арт-терапевтичні (креативні) види та техніки у реабілітаційній роботі з жінками, що зазнали насильства: малювання, колаж, ліплення, кольоротерапія, драмо терапія, фототерапія, маскотерапія, бібліотерапія, казкотерапія, піскова терапія.

Сімейна психотерапія й сімейне консультування у реабілітації жінок, що зазнали насильства. Консультування жертв сімейного насилля. Основні спеціалізовані заклади для жертв сімейного насилля. Основні наслідки сімейного насилля. Основні правила для консультанта, який працює з жертвами сімейного насилля. Стадії терапії у роботі з наслідками насилля (за О.П. Корабліною та ін.). Характерні емоції жертв сімейного насилля. Основні задачі, які повинна вирішити жінка, жертва домашнього насилля.

Консультування жертв сексуального насильства. Групова психотерапія з жінками, які зазнали насильства. Основні правила та принципи допомоги жертвам сексуального насилля. Характерні емоції жертв сексуального насилля. Надання правової допомоги при насильстві в сім'ї.

Практичні завдання:

1. Доберіть 5 методик, які ви запропонували б клієнтці, який переживає ситуацію домашнього насилля для діагностики її психоемоційного стану.

2. Доберіть по 5 вправ, які ви запропонували б клієнтці, який переживає ситуацію домашнього насилля у підходах гештальт-терапії, тілесноорієнтованої терапії (ТОТ),

когнітивно-поведінкової психотерапії, символ-драми (методу кататимного переживання образів), наративному підході, бібліотерапії, казкотерапії.

3. Доберіть 5 методик, які ви запропонували б клієнтці, який переживає ситуацію сексуального насилля для діагностики її психоемоційного стану.

4. Доберіть по 5 вправ, які ви запропонували б клієнтці, який переживає ситуацію сексуального насилля у підходах гештальт-терапії, тілесноорієнтованої терапії (ТОТ), когнітивно-поведінкової психотерапії, символ-драми (методу кататимного переживання образів), наративному підході, бібліотерапії, казкотерапії.

Основні поняття: насильство, домашнє (сімейне побутове) насильство, сексуальне насильство, травматичний синдром зґвалтування (ТСЗ), короткострокова та довгострокова психологічна реабілітація, сімейна психотерапія й сімейне консультування у реабілітації жінок, що зазнали насильства.

Контрольні питання:

1. Що входить у поняття «насильство» і «сімейне (домашнє) насильство»?
2. Дайте визначення поняттям фізичне, сексуальне, психологічне (емоційне) та економічне насильство. Наведіть приклади.
3. Спільне та різне у поглядах чоловіків та жінок щодо того, що може вважатися насильством відносно жінки
4. Надайте характеристику основних стадій циклу насильства. Наведіть приклади до кожної із стадій.
5. Охарактеризуйте існуючі міфи щодо сімейного насильства та наведіть факти щодо дійсної ситуації.
6. Які останні статистичні дані щодо розповсюдженості домашнього насильства?
7. Які особистісні риси притаманні типовій жертві насильства?
8. Які основні причини, чому жінка залишається зі своїм кривдником?
9. Які існують основні підходи, щодо пояснення причини сімейного насильства?
10. Які теорії вміщують у себе основні підходи, щодо пояснення причини сімейного насильства?
11. Який набір рис характеру вказує на схильність до насильства?
12. Які міри безпеки необхідно знати жінці, що страждає від домашнього насильства?
13. Фази синдрому «травма зґвалтування».
14. Поясніть, аббревіатуру ТСІ та дайте характеристику його стадіям.
15. Надайте визначення поняттю «психологічна реабілітація»? Що мається на увазі коли ми говоримо про психологічну реабілітацію жертв насилля?
16. Хто надає допомогу жертвам сімейного насильства?
17. Надайте визначення поняттю «психотерапевтична інтервенція» та якими ознаками вона характеризується?
18. Які групові методи виокремлюють у реабілітації?
19. Поняття та правила екстреної психологічної допомоги.
20. Які симптоми можуть виявлятися у людини, що перебуває у екстремальній ситуації?
21. Розкрийте сутність першої психологічної допомоги людині з симптомами марення та галюцинаціями.
22. Розкрийте сутність першої психологічної допомоги людині з симптомами апатії.
23. Розкрийте сутність першої психологічної допомоги людині з симптомами ступору.
24. Розкрийте сутність першої психологічної допомоги людині з симптомами рухових порушень.
25. Розкрийте сутність першої психологічної допомоги людині з симптомами агресії.

26. Розкрийте сутність першої психологічної допомоги людині з симптомами страху.
27. Розкрийте сутність першої психологічної допомоги людині з симптомами нервового тремтіння.
28. Розкрийте сутність першої психологічної допомоги людині з симптомами плачу та істерики.
29. Надайте рекомендації до проведення бесіди з аутичним клієнтом.
30. Надайте рекомендації до проведення бесіди з клієнтом із симптомами депресії.
31. Надайте рекомендації до проведення бесіди з агресивним клієнтом.
32. Надайте рекомендації до проведення бесіди з клієнтом із психосоматичними розладами.
33. Надайте рекомендації до проведення бесіди з клієнтом із маревними розладами.
34. Надайте рекомендації до проведення бесіди з клієнтом із маніакальним розладом.
35. У чому полягає сутність першого етапу як короткострокової, так і довгострокової реабілітації?
36. У чому полягає основна мета роботи психолога з жертвами насильства?
37. Стадії терапії в роботі з наслідками насильства за О.П.Корабліної та ін.
38. Що можна рекомендувати психологам-консультантам, що працюють із жертвами насильства?
39. Стадії терапії з наслідками насильства.
40. Які емоції виникають у жінок впродовж психологічної роботи з ними?
41. Які завдання повинна вирішити жінка - жертва насильства, щоб подолати травмуючу ситуацію.
42. Назвіть і розшифруйте 4 принципи консультативної роботи з жертвами сексуального насильства.
43. Які типові емоційні реакції жертв сексуального насильства? Порівняйте їх з емоціями жертв сімейного насильства.
44. Реабілітація наслідків насильства за допомогою технік НЛП.
45. Реабілітація посттравматичного стресового розладу за допомогою психоаналітичного консультування
46. Використання технік гештальттерапії у довгостроковій реабілітації.
47. Використання клієнтцентованої терапії у реабілітаційній роботі з жінками.
48. Використання раціонально-емотивної та когнітивно-біхевіоральної терапії у реабілітаційній роботі з жінками, що зазнали насильства.
49. Недирективні методи гіпноугестії та «спрямованої уяви» у реабілітаційній роботі.
50. Протипоказання до гіпнотерапії у реабілітаційній роботі.
51. Фізично-пасивна нервово-м'язова релаксація.
52. Прогресивна м'язова релаксація за Е. Джекобсоном.
53. Аутогенне тренування (аутотренінг): особливості застосування та складання формул-навіювання.
54. Арт-терапевтичні (креативні) види та техніки у реабілітаційній роботі з жінками, що зазнали насильства.
55. Сімейна психотерапія й сімейне консультування у реабілітації жінок, що зазнали насильства.
56. Завдання системної сімейної терапії.
57. Особливості проведення технік парадоксальних приписань.
58. Техніка реверсування на основі згоди й протидії.
59. Діагностичні й корекційні техніки сімейної психотерапії.
60. Консультування жертв сексуального насильства
61. Особливості групової терапії з жертвами зґвалтування.

- 62.Пріоритетними завданнями групової терапії з жертвами звалтування.
- 63.Стадії подолання психічної травми
- 64.Особливості надання правової допомоги
- 65.Фактори психічної травми, яка пов'язана із сексуальним насильством (за Дж.Хіндманом).
- 66.Як необхідно діяти у тому випадку, якщо ви стали жертвою нападу?

Тема 6: Консультативна та терапевтична робота з дітьми, що зазнали насилля.

Мета: Сформувати у студентів вміння та навички надання консультативної та терапевтичної роботи з дітьми, що зазнали насилля.

Професійна спрямованість: знання факторів ризику щодо скоєння насилля щодо дитини, наслідки насилля над дитиною, уміння надати психологічну допомогу дитині, що зазнала насилля.

Питання до семінару:

Визначення, види та чинники насильства щодо дітей. Фактори ризику жорстокої поведінки з дитиною. Соціальні та культурні фактори. Фактори ризику батьків. Психологічні фактори ризику дитини. Діти в ролі кривдників. Джерела формування схильності до насильства й насильницької поведінки в підлітків. Макрорівневі фактори: Соціокультурні особливості середовища. Макрорівневі фактори: Засоби масової інформації Мікрорівневі фактори: сімейне оточення. Мікрорівневі фактори: шкільне середовище. Розповсюдженість насильства над дітьми. Види жорстокої поведінки з дітьми. Емоційне насильство. Психологічне насильство. Харчове насильство. Фізичне насильство. Сексуальне насильство. Насильство у школі. Наслідки шкільного насильства. Наслідки насильства над дитиною для її розвитку. Особливості функціонування механізмів психологічного захисту у дітей в ситуації насильства.

Психологічна реабілітація дітей жертв насильства. Поняття та основні принципи реабілітації. Екстрена психологічна допомога. Короткострокова та довгострокова психологічна реабілітація. Корекційний аспект психодіагностики. Особливості консультативної роботи з жертвами сімейного насильства. Реабілітація наслідків насильства за допомогою НЛП. Використання біхевіоральних методів у довгостроковій реабілітації. Реабілітація посттравматичного стресового розладу за допомогою психоаналітичного консультування. Використання терапії реальністю у довгостроковій реабілітації. Використання технік гештальттерапії у довгостроковій реабілітації. Використання клієнтської терапії у реабілітаційній роботі з жінками і Використання раціонально-емотивної та когнітивно-біхевіоральної терапії у реабілітаційній роботі Використання адлеріанської терапії у реабілітаційній роботі з дітьми, що зазнали насильства Наведення трансу... Недирективні методи гіпноугестії та «спрямованої уяви» реабілітаційній роботі. Використання ігрових психотерапевтичних методів у довгостроковій реабілітації: Ігротерапія малювання, колаж, ліплення, кольоротерапія, бібліотерапія, казкотерапія, піскова терапія, рольові ігри Сімейна психотерапія й сімейне консультування у реабілітації дітей, що зазнали насильства

Групова психотерапія з дітьми. Групова робота з батьками жертв сексуального насильства. Надання правової допомоги.

активні завдання:

1. Доберіть 5 методик, які ви запропонували б дитині, який переживає ситуацію домашнього насилля для діагностики її психоемоційного стану.
2. Доберіть по 5 вправ, які ви запропонували б дитині, який переживає ситуацію домашнього насилля у підходах гештальт-терапії, тілесноорієнтованої терапії (ТОТ), когнітивно-поведінкової психотерапії, символ-драми (методу кататимного переживання образів), нарративному підході, бібліотерапії, казкотерапії.
3. Доберіть 5 методик, які ви запропонували б дитині, який переживає ситуацію шкільного насилля для діагностики її психоемоційного стану.

4. Доберіть по 5 вправ, які ви запропонували б дитині, який переживає ситуацію шкільного насилля у підходах гештальт-терапії, тілесноорієнтованої терапії (ТОТ), когнітивно-поведінкової психотерапії, символ-драми (методу кататимного переживання образів), наративному підході, бібліотерапії, казкотерапії.

5. Доберіть 5 методик, які ви запропонували б дитині, який переживає ситуацію сексуального насилля для діагностики її психоемоційного стану.

6. Доберіть по 5 вправ, які ви запропонували б дитині, який переживає ситуацію сексуального насилля у підходах гештальт-терапії, тілесноорієнтованої терапії (ТОТ), когнітивно-поведінкової психотерапії, символ-драми (методу кататимного переживання образів), наративному підході, бібліотерапії, казкотерапії.

Основні поняття: насильство, домашнє (сімейне побутове) насильство, сексуальне насильство, травматичний синдром зґвалтування (ТСЗ), короткострокова та довгострокова психологічна реабілітація, сімейна психотерапія й сімейне консультування у реабілітації жінок, що зазнали насильства.

Контрольні питання:

1. Основні параметри класифікації насилля
2. Поняття «жорстокість», «агресія» та «насильство»: спільне та різне.
3. Дайте визначення поняттям фізичне, сексуальне, психологічне (емоційне) насилля щодо дітей (за Н. К. Асановою).
4. Визначення видів жорстокої поведінки з дітьми в залежності від параметрів (стратегії поведінки кривдника, за часом, за тривалістю, за місцем події та оточення).
5. Які соціальні та культурні умови сприяють насиллю над дітьми?
6. Поясніть сутність соціологічної моделі чинників насилля над дітьми.
7. Поясніть сутність соціально-психологічного підходу насилля над дітьми
8. Поясніть сутність психологічної теорії насилля над дітьми
9. Соціально-економічні фактори ризику насильства в родині.
10. Фактори ризику насилля над дітьми, обумовлені структурою родини й моделлю спілкування.
11. Фактори ризику насилля над дітьми, обумовлені особистістю батьків.
12. Фактори ризику особливостей дитини, що викликають у батьку невдоволення, роздратування й наступне за цим насильство.
13. Які дії стосовно дитини можна вважати емоційним насильством?
14. Які дії у поведінці батьків можуть свідчити про те, що вони здійснюють емоційне насильство над дитиною?
15. За якими ознаками у поведінці дитини можна припустити наявність емоційного насильства?
16. Які фізіологічні реакції дитини можуть свідчити про те, що вона є жертвою емоційного насильства?
17. Які дії відносять до психологічного насильства над дитиною й які наслідки цього?
18. Які психологічні особливості дітей можуть бути чинником ризику щодо насильства до них? Наведіть приклади.
19. Які соціокультурні особливості середовища є джерелом формування схильності до насильства й насильницької поведінці в підлітків? Наведіть приклади.
20. Яким чином засоби масової інформації є джерелом формування схильності до насильства й насильницької поведінці в підлітків? Наведіть приклади.
21. Що виявив моніторинг новин, інформаційних і спеціалізованих передач?
22. Що було виявлено у результаті контент-аналізу телепередач?
23. Як впливають сімейне оточення та шкільне оточення на детермінування насильницької поведінки?
24. Основні правила «отруйної педагогіки», які ведуть до розвитку травмованої особистості за Алісою Міллер.

25. Які деструктивні установки, уявлення та міфи формують у дітей правила «отруйної педагогіки»?
26. Батьківські мотиви вживання «отруйної педагогіки».
27. Надайте визначення харчового насильства.
28. Які тактики контролю харчової поведінки дитини дорослим є харчовим насильством?
29. Які основні результати дослідження щодо регулювання харчової поведінки дитини В. І. Шебанової?
30. Які наслідки харчового насильства виокремлює В. І. Шебанова?
31. Які особливості батьківських переконань і тактик контролю харчової поведінки дітей у ситуації прийому їжі були виявлені В. І. Шебановою?
32. За якими ознаками можна визначити, що дитина стала жертвою фізичного насильства?
33. Які особливості поведінки дитини вказують на факт застосовуваного фізичного насильства по відношенню до неї?
34. Які дії у поведінці батьків можуть свідчити про те, що вони здійснюють фізичне насильство над дитиною?
35. Які дії вважають сексуальним використанням дитини?
36. Які дії вважають сексуальним насильством над дитиною?
37. Хто найчастіше стає жертвою сексуального використання?
38. Хто найчастіше стає жертвою сексуального насильства?
39. Які існують перекручені уявлення про гвалтівника?
40. Які виділяють типи ситуативних гвалтівників?
41. Які існують типи гвалтівників, які мають певні переваги?
42. Які фізичні ознаки сексуального насильства.?
43. Які зміни в проявах сексуальності виникають внаслідок сексуального насильства?
44. Які зміни в емоційному стані й спілкуванні виникають внаслідок сексуального насильства?
45. Які зміни мотивації дитини та соціальні ознаки виникають внаслідок сексуального насильства?
46. Які зміни самосвідомості дитини спостерігаються при сексуальному насильстві?
47. Які невротичні та психосоматичні симптоми виникають внаслідок сексуального насильства?
48. Особливості інцестних стосунків.
49. Типи матерів жертв сексуального насильства.
50. Які особливості дисфункціональних родин?
51. Яка роль дітей у дисфункційних родинах?
52. Як змінюється життя дитини у родині після сексуального використання?
53. Методи впливу на жертву, які забезпечують гвалтівнику безпеку.
54. Фази сексуального насильства.
55. Визначення шкільного насильства.
56. Хто може бути жертвою шкільного насильства?
57. Що сприяє шкільному насильству?
58. Найближчі наслідки жорстокої поведінки й неухважного відношення до дітей.
59. Які порушення фізичного й психічного розвитку можуть виникати у дітей як наслідки жорстокої поведінки й неухважного відношення?
60. Які захворювання як наслідок насильства можуть виникати у дітей?
61. Які емоційні реакції дітей на насильство й жорстокість?
62. Які реакції на сексуальне насильство спостерігаються у дітей у віці до 3 років?
63. Які реакції на сексуальне насильство спостерігаються у дошкільників?

64. Які реакції на сексуальне насильство спостерігаються у дітей молодшого шкільного віку?
65. Які реакції на сексуальне насильство спостерігаються у дітей 9–13 років?
66. Які реакції на сексуальне насильство спостерігаються у підлітків 13–18 років?
67. Які соціальні наслідки жорстокої поведінки з дітьми?
68. Надайте визначення поняттю «психологічна реабілітація»? Що мається на увазі коли ми говоримо про психологічну реабілітацію жертв насилля?
69. Хто надає допомогу дітям, які є жертвами сімейного насильства?
70. Надайте визначення поняттю «психотерапевтична інтервенція» та якими ознаками вона характеризується?
71. Які групові методи виокремлюють у реабілітації?
72. Поняття та правила екстреної психологічної допомоги.
73. Які симптоми можуть виявлятися у людини, що перебуває у екстремальній ситуації?
74. Розкрийте сутність першої психологічної допомоги людині з симптомами марення та галюцинаціями.
75. Розкрийте сутність першої психологічної допомоги людині з симптомами апатії.
76. Розкрийте сутність першої психологічної допомоги людині з симптомами ступору.
77. Розкрийте сутність першої психологічної допомоги людині з симптомами рухових порушень.
78. Розкрийте сутність першої психологічної допомоги людині з симптомами агресії.
79. Розкрийте сутність першої психологічної допомоги людині з симптомами страху.
80. Розкрийте сутність першої психологічної допомоги людині з симптомами нервового тремтіння.
81. Розкрийте сутність першої психологічної допомоги людині з симптомами плачу та істерики.
82. Надайте рекомендації до проведення бесіди з аутичним клієнтом.
83. Надайте рекомендації до проведення бесіди з клієнтом із симптомами депресії.
84. Надайте рекомендації до проведення бесіди з агресивним клієнтом.
85. Надайте рекомендації до проведення бесіди з клієнтом із психосоматичними розладами.
86. Надайте рекомендації до проведення бесіди з клієнтом із маревними розладами.
87. Надайте рекомендації до проведення бесіди з клієнтом із маніакальним розладом.
88. У чому полягає сутність першого етапу як короткострокової, так і довгострокової реабілітації?
89. У чому полягає основна мета роботи психолога з жертвами насильства?
90. Особливості первинної бесіди з дитиною
91. Установлення контакту з дитиною при обстеженні
92. У яких проявах поведінки дитини та висловлюваннях можуть відзначатися сексуальні прояви, які можуть свідчити про сексуальне насилля щодо дитини?
93. Які опитувальники та проєктивні методики рекомендовано обирати для діагностики емоційно-особистісних відносин дитини з батьками?
94. Які задачі стоять перед психологом у процесі консультування дітей, які зазнали насильства?
95. У чому сутність еkleктичного підходу в роботі з дітьми, що зазнали насильства?

96. Від чого залежить використання будь-якого конкретного методу у практичній роботі дітьми, що зазнали насильства?
97. Які загальні рекомендації при консультуванні дітей, що зазнали насильства?
98. Які загальні рекомендації для постановки питань дітям, які зазнали насильства?
99. Які рекомендації для постановки питань дошкільникам, які зазнали насильства?
100. Задачі групової терапії з дітьми, що зазнали насильства.
101. Особливості відбору дітей, що зазнали насильства для участі в груповій терапії.
102. Стадії терапії в роботі з наслідками насильства за О.П.Корабліною та ін.
103. Що можна рекомендувати психологам-консультантам, що працюють із жертвами насильства?
104. Реабілітація наслідків насильства у дітей за допомогою технік НЛП.
105. Реабілітація посттравматичного стресового розладу у дітей за допомогою психоаналітичного консультування
106. Використання технік гештальттерапії у довгостроковій реабілітації дітей жертв насильства.
107. Використання клієнтцентованої терапії у реабілітаційній роботі з дітьми.
108. Використання раціонально-емотивної та когнітивно-біхевіоральної терапії у реабілітаційній роботі з дітьми, що зазнали насильства.
109. Непрямі методи гіпнозу та «спрямованої уяви» у реабілітаційній роботі.
110. Протипоказання до гіпнотерапії у реабілітаційній роботі.
111. Фізично-пасивна нервово-м'язова релаксація.
112. Прогресивна м'язова релаксація за Якобсоном-Еверді.
113. Аутогенне тренування (аутотренінг): особливості застосування та складання формул-навіювання.
114. Арт-терапевтичні (креативні) види та техніки у реабілітаційній роботі з дітьми, що зазнали насильства.
115. Сімейна психотерапія й сімейне консультування у реабілітації дітьми, що зазнали насильства.
116. Завдання системної сімейної терапії.
117. Особливості проведення технік парадоксальних приписань.
118. Техніка реверсування на основі згоди й протидії.
119. Діагностичні й корекційні техніки сімейної психотерапії.
120. Консультування жертв сексуального насильства
121. Особливості групової терапії з жертвами зґвалтування.
122. Пріоритетними завданнями групової терапії з жертвами зґвалтування.
123. Стадії подолання психічної травми
124. Особливості надання правової допомоги

Тема 7: Суїцидальна поведінка як прояв кризи

Мета: Сформувати у студентів вміння та навички діагностики синдрому вигорання та оцінки вторинної травматизації, надання практичної допомоги щодо зменшення їх негативних наслідків людині.

Професійна спрямованість: знання показників професійної придатності кризового консультанта, вміння надати психологічну допомогу при вторинній травматизації.

Питання до семінару:

Фактори суїцидального ризику. Соціально-демографічні фактори. Індивідуально-психологічні фактори. Медичні фактори. Природні фактори. Індикатори суїцидального ризику. Ситуаційні індикатори. Поведінкові індикатори. Комунікативні індикатори. Когнітивні індикатори. Емоційні індикатори. Консультування суїцидальних клієнтів.

Консультування уцілілих після суїциду. Інструкції для кризового телефонного консультування (див. дод. Л). Підтримка консультанта. Групова кризова психотерапія.

Практичні завдання:

• Проведіть на собі та 1 клієнті методику психодраматичного дослідження «Шрами душевних ран та їх роль у нашому житті». Оформіть протокол та надайте рекомендації.

• Ознайміть з текстом «Звертання до тих, хто зважився на непоправне...» (див. дод. М). Зробіть аналіз того, чому даний текст можна вважати психотерапевтичним текстом. Складіть власний текст-звертання.

• Доберіть 6 методик для виявлення осіб групи ризику щодо скоєння суїциду. Перевага надається проєктивним методикам и Вашому вмінню формулювати коректні запитання досліджуваному.

• Доберіть по 5 вправ, які ви запропонували б клієнту, у якого був виявлений високий ризик скоєння самогубства у підходах гештальт-терапії, тілесноорієнтованої терапії (ТОТ), когнітивно-поведінкової психотерапії, символ-драми (методу кататимного переживання образів), наративному підході, бібліотерапії, казкотерапії.

Основні поняття: насильство, домашнє (сімейне побутове) насильство, сексуальне насильство, травматичний синдром зґвалтування (ТСЗ), короткострокова та довгострокова психологічна реабілітація, сімейна психотерапія й сімейне консультування у реабілітації жінок, що зазнали насильства.

Контрольні питання:

Тема 8: Психологічна допомога при вторинній травматизації

Мета: Сформувати у студентів вміння та навички діагностики синдром вигорання та оцінки вторинної травматизації, надання практичної допомоги щодо зменшення їх негативних наслідків людину.

Професійна спрямованість: знання показників професійної придатності кризового консультанта, уміння надати психологічну допомогу при вторинній травматизації.

Питання до семінару:

Особистість кризового консультанта. Спеціальні здібності та показники професійної придатності кризового консультанта. Синдром вигорання та вторинна травма. Стадії синдрому вигорання. Фактори, що обумовлюють вторинну травматизацію. Оцінка вторинної травматизації. Робота з вторинною травмою. Психопрофілактична робота щодо запобігання синдрому вигорання. Тайм-менеджмент як психопрофілактика синдрому вигорання. Супервізія як метод профілактики вторинної травми.

Практичні завдання:

1. Складіть комплекс психодігностичних методик для діагностування синдрому вигорання та вторинної травми.

2. Доберіть по 5 вправ, які ви запропонували б клієнту з синдром вигорання у підходах гештальт-терапії, тілесноорієнтованої терапії (ТОТ), когнітивно-поведінкової психотерапії, символ-драми (методу кататимного переживання образів), наративному підході, бібліотерапії, казкотерапії.

3. Запропонуйте психопрофілактичну програму щодо синдрому вигорання та вторинної травми.

4. Методика «Емблема трудової діяльності» (А.Шишкова)

5. Методика «Моя робота. Древо ресурсів» (Л. Галіцина)

6. Методика «Сафарі» (О.Плетка, Ю.Чаплинська)

7. Методика «Ресурси сили» (О. Плетка)

8. Методика «Мій щит» (Ю. Чаплинська)

9. Методика «Талісман» (О. І. Копитін)

10. Методика «Рюкзак ресурсів» (В.І. Шебанова)

Основні поняття: синдром вигорання, вторинна травма, вторинна травматизація, супервізія.

Контрольні питання

1. Особистість кризового консультанта.
2. Спеціальні здібності та показники професійної придатності кризового консультанта.
3. Синдром вигорання та вторинна травма.
4. Стадії синдрому вигорання.
5. Фактори, що обумовлюють вторинну травматизацію.
6. Оцінка вторинної травматизації.
7. Робота з вторинною травмою.
8. Психопрофілактична робота щодо запобігання синдрому вигорання.
9. Супервізія як метод профілактики вторинної травми.
10. Особливості проведення методики «Емблема трудової діяльності» (А.Шишкова)
11. Особливості проведення методики «Моя робота. Древо ресурсів» (Л. Галіцина)
12. Особливості проведення методики «Сафарі» (О.Плетка, Ю.Чаплинська)
13. Особливості проведення методики «Ресурси сили» (О. Плетка)
14. Особливості проведення методики «Мій щит» (Ю. Чаплинська)
15. Особливості проведення методики «Талісман» (О. І. Копитін)
16. Особливості проведення методики «Рюкзак ресурсів» (В.І. Шебанова)

Література до теми:

Базова: 1, 2; 3; 4; 5; 7; 8

Допоміжна: 3,4; 8, 9; 10; 17; 21; 29, 34; 36; 37; 57; 86-140; 145; 146

Інформаційні ресурси: 1-20

Тема 9. Консультування із проблем, пов'язаними з дітьми

Мета: Сформувати у студентів вміння та навички консультування із проблем, пов'язаними з дітьми у дошкільному та молодшому шкільному віці, у підлітковому та юнацькому віці

Професійна спрямованість: уміння та навички консультування із проблем, пов'язаними з дітьми у дошкільному та молодшому шкільному віці, у підлітковому та юнацькому віці

Питання до семінару:

Специфіка сімейного консультування. Основні стадії та технологія сімейного консультування. Загальні принципи роботи з батьками у процесі консультування. Причини виникнення проблем, пов'язаних із вихованням дітей з родини. Етапи роботи психолога-консультанта з батьками. Спільна робота психолога з батьками та дітьми. Основні проблеми дошкільників. Основна мета негативної поведінки дитини. Корекційні заходи з боку батьків. Методи метафоричного спілкування з дитиною. Шкільні проблеми.

Консультування підлітків. Підліткові й молодіжні телефони психологічної допомоги. Причини й прояви найбільш важких проблем у підлітків і юнаків (суїцид, наркотична залежність). Консультування батьків щодо труднощів у стосунках із дорослими дітьми.

Сімейна психотерапія. Основна мета та завдання сімейної психотерапії. Критерії функціональної родини. Етапи корекції в сімейній психотерапії. Принципи консультування сімей з різним ступенем виразності психологічного насилля. Модель, підходи та принципи сімейної терапії при сексуальному насиллі. Етапи сімейної терапії. Основні психотехнічні прийоми, які використовуються у сімейній психотерапії. Параметри сімейної системи. Основні техніки сімейної психотерапії: «Циркулярне

інтерв'ю», «Позитивне переформулювання», «Припис», «Парадоксальний припис», «Реверсування», «Прояснення комунікації», «Незавершенні речення», «Сімейні правила».

Практичні завдання:

1. Складіть комплекс психодігностичних методик для виявлення проблем дитини дошкільного віку.
2. Проведіть дослідження однієї дитини дошкільного віку. Надайте протокол, висновки та рекомендації для батьків.
3. Доберіть 5 вправ, які б ви проводили з дитиною дошкільного віку з виявленою проблемою.
4. Складіть комплекс психодігностичних методик для діагностування дитини молодшого шкільного віку.
5. Проведіть дослідження однієї дитини шкільного віку. Надайте протокол, висновки та рекомендації для батьків та дитини.
6. 5 вправ, які б ви проводили з дитиною шкільного віку з виявленою проблемою.
7. Охарактеризуйте родини досліджуваних дітей за основними параметрами сімейної системи.
8. Складіть по 20 незавершених речень щодо діагностування родини у якій є дитина з виявленою проблематикою.

Основні поняття: сімейне консультування; стадії та технологія сімейного консультування; принципи роботи з батьками у процесі консультування; причини виникнення проблем, пов'язаних із вихованням дітей з родині; метафоричне спілкування з дитиною; причини й прояви найбільш важких проблем у підлітків і юнаків (суїцид, наркотична залежність); сімейна психотерапія; критерії функціональної родини; основні психотехнічні прийоми, які використовуються у сімейній психотерапії; параметри сімейної системи; основні техніки сімейної психотерапії.

Контрольні питання

1. Специфіка сімейного консультування.
2. Основні стадії та технологія сімейного консультування.
3. Загальні принципи роботи з батьками у процесі консультування.
4. Причини виникнення проблем, пов'язаних із вихованням дітей з родині.
5. Етапи роботи психолога-консультанта з батьками.
6. Особливості спільна робота психолога з батьками та дітьми.
7. Основні проблеми дошкільників.
8. Яка основна мета негативної поведінки дитини?
9. Які основні корекційні заходи з боку батьків?
10. Методи метафоричного спілкування з дитиною.
11. Основні групи шкільних проблеми дитини.
12. Особливості консультування підлітків.
13. Підліткові й молодіжні телефони психологічної допомоги.
14. Причини й прояви найбільш важких проблем у підлітків і юнаків (суїцид, наркотична залежність).
15. Консультування батьків щодо труднощів у стосунках із дорослими дітьми.
16. Сімейна психотерапія. Основна мета та завдання сімейної психотерапії.
17. Критерії функціональної родини.
18. Етапи корекції в сімейній психотерапії.
19. Принципи консультування сімей з різним ступенем виразності психологічного насилля.
20. Модель, підходи та принципи сімейної терапії при сексуальному насиллі.
21. Етапи сімейної терапії.
22. Основні психотехнічні прийоми, які використовуються у сімейній психотерапії. Параметри сімейної системи.

23. Особливості проведення техніки «Циркулярне інтерв'ю»
24. Особливості проведення техніки «Позитивне переформулювання»
25. Особливості проведення техніки «Припис»
26. Особливості проведення техніки «Парадоксальний припис»
27. Особливості проведення техніки «Реверсування»
28. Особливості проведення техніки «Прояснення комунікації»
29. Особливості проведення техніки «Незавершенні речення»
30. Особливості проведення техніки «Сімейні правила».

Література до теми:

Базова: 1, 2; 3; 4; 5; 7; 8

Допоміжна: 3,4; 8, 9; 10; 17; 21; 29, 34; 36; 37; 57; 86-140; 142; 145

Інформаційні ресурси: 1-20

Тема 10. Дошлюбне, подружнє й постподружнє консультування

Мета: Сформувати у студентів компетенції щодо специфіки дошлюбного, подружнього та постподружнього консультування

Професійна спрямованість: компетенції щодо специфіки дошлюбного, подружнього та постподружнього консультування.

Питання до семінару:

Дошлюбне консультування. Психологічна проблеми, що вирішуються у дошлюбному консультуванні. Психологічна допомога у вирішенні проблеми спілкування з партнером протилежної статті. Психологічна допомога клієнтам у пошуку шлюбного партнера.

Загальна характеристика подружнього консультування. Особливості консультування шлюбних партнерів на різних етапах розвитку родини. Типи подружніх проблем. Організація й тактика консультування (терапії). Робота з одним з подружжя. Побудова прийому подружніх пар. Консультування пар, що розлучаються та постподружнє консультування.

Практичні завдання:

1. Складіть комплекс психодігностичних методик для діагностування ступеня комплементарності партнерів у дошлюбному періоді.

2. Проведіть дослідження однієї пари, яка знаходиться у дошлюбному періоді. Надайте протокол, висновки та рекомендації.

3. Доберіть по 5 вправ, які ви запропонували б клієнту, який знаходиться дошлюбному періоді та незадоволений відносинами з партнером у підходах гештальт-терапії, тілесноорієнтованої терапії (ТОТ), когнітивно-поведінкової психотерапії, символ-драми (методу кататимного переживання образів), наративному підході, бібліотерапії, казкотерапії.

4. Складіть комплекс психодігностичних методик для діагностування ступеня задоволеності відносинами між партнерами у шлюбному періоді.

5. Проведіть дослідження однієї пари, яка знаходиться у шлюбі періоді. Надайте протокол, висновки та рекомендації.

6. Доберіть по 5 вправ, які ви запропонували б клієнту/ам, який (які) перебувають у шлюбі та незадоволений відносинами з партнером у підходах гештальт-терапії, тілесноорієнтованої терапії (ТОТ), когнітивно-поведінкової психотерапії, символ-драми (методу кататимного переживання образів), наративному підході, бібліотерапії, казкотерапії.

7. Складіть комплекс психодігностичних методик для діагностування психоемоційного та фізичного стану у постподружньому періоді.

8. Проведіть дослідження однієї пари, яка знаходиться у пост подружньому періоді. Надайте протокол, висновки та рекомендації.

9. Доберіть по 5 вправ, які ви запропонували б клієнту/ам, який (які) знаходяться у пост подружньому періоді та незадоволені своїм становищем та відносинами з колишнім партнером у підходах гештальт-терапії, тілесноорієнтованої терапії (ТОТ), когнітивно-поведінкової психотерапії, символ-драми (методу кататимного переживання образів), наративному підході, бібліотерапії, казкотерапії.

10. Надайте протокол та висновки за методикою «Ключ до порозуміння у конфліктних стосунках» В.І. Шебанової (див. дод. Н).

11. Напишіть есе на тему «Кохання у моєму житті» розкриваючи означені тему обов'язково зупинитися на наступному:

- ✓ Що значить для Вас кохання?
- ✓ Для Вас це ресурс у Вашому житті чи обмеження життя?
- ✓ Чи є різниця між Дружбою, Коханням, Любов'ю, Пристрастю? Який сенс кожного з означених понять саме для Вас?
- ✓ Як ви відчуваєте, що Ви когось кохаєте?
- ✓ Як ви відчуваєте, що Вас хтось кохає?
- ✓ Що для Вас ближче: «кохати можна тільки один раз і на все життя» або «коханих може бути безліч...»?
- ✓ Які ілюзії можуть бути у коханні?
- ✓ Які надії можуть бути у коханні?
- ✓ Чи може кохання завдавати біль? Коли та яким чином?
- ✓ Як ви розумієте, що кохання «пішло» із Ваших взаємин?
- ✓ Як ви розлучаєтесь з коханою людиною?

12. Напишіть есе на тему «Я та мій партнер у житті» розкриваючи означені тему обов'язково зупинитися на наступних аспектах:

- ✓ Що значить для Вас бути партнерами?
- ✓ Яким для Вас є ідеальний образ Вашого партнера по життю?
- ✓ Якщо у Вас є на даний період партнер по життю, то наскільки Він співпадає з уявлювальним образом?
- ✓ Як частіше за все ви вирішуєте проблеми та труднощі з Вашим реальним партнером по життю?
- ✓ Як частіше за все Ви та Ваш партнер ухвалюєте рішення щодо Вашого спільного життя?
- ✓ Як частіше за все Ви та Ваш партнер ухвалюєте рішення щодо змін Вашої зовнішності, Вашого образу життя?
- ✓ Як частіше за все Ви та Ваш партнер ухвалюєте рішення щодо змін його зовнішності та образу життя?
- ✓ Наскільки Ви задоволені стосунками зі своїм партнером по життю у різних сферах життя (побутовій, сексуальній,)?
- ✓ На Вашу думку наскільки Ваш партнером по життю задоволений стосунками з Вами у різних сферах життя?
- ✓ Щоб Ви змінили у Ваших стосунках, як би це залежало тільки від Вас?
- ✓ За що Ви можете щиро подякувати Вашому партнеру по життю?

Основні поняття: подружнє консультування, подружні проблеми, тактика консультування, постподружнє консультування.

Контрольні питання:

1. Дошлюбне консультування. Психологічна проблеми, що вирішуються у дошлюбному консультуванні.

2. Психологічна допомога у вирішенні проблеми спілкування з партнером протилежної статті.

3. Психологічна допомога клієнтам у пошуку шлюбного партнера.

4. Загальна характеристика подружнього консультування.

5. Особливості консультування шлюбних партнерів на різних етапах розвитку родини. Типи подружніх проблем.

6. Організація й тактика консультування (терапії): робота з одним з подружжя. Побудова прийому подружніх пар.

7. Консультування пар, що розлучаються

8. Постподружнє консультування.

Література до теми:

Базова: 1, 2; 3; 4; 5; 7; 8

Допоміжна: 3,4; 8, 9; 10; 17; 21; 29, 34; 36; 37; 57; 86-140; 144

Інформаційні ресурси: 1-20

Тема 11. Консультативна робота та терапія залежних та созалежних клієнтів.

Мета: Сформувати у студентів вміння та навички консультативної роботи із залежними та созалежними клієнтами.

Професійна спрямованість: вміння та навички консультативної роботи із залежними та созалежними клієнтами.

Питання до семінару:

Загальне уявлення про залежність, види залежної поведінки, созалежність.

Вживання алкоголем та зловживання алкоголем: доза та рівні вживання алкоголю. Продром алкоголізму. Форми прояву та стадії розвитку алкоголізму. Наркотична залежність. Залежність від ліків. Нікотинова залежність. Поняття шкоди внаслідок формування нехімічних видів залежності. Поняття поведінкових патернів, характерних для нехімічних видів залежності. Особливості трудового залежності особистісний портрет трудового, класифікація трудового. Спортивна адикція. Адикція до витрати грошей (шопоголізм). Інтернет адикція: психологічні та фізичні симптоми які характерні для інтернет-адиктів, типологія залежності від комп'ютера, типи інтернет-залежних. Ігрова залежність (гемблінг). Епідеміологія, етіологія, патогенез. Характерологічні та особистісні риси гемблерів. Соціальні фактори ризику. Клінічні прояви. Залежність від комп'ютерних ігор. Залежність від азартних ігор. Технологічні адикції. Любовна адикція: характеристика поняття ЛА, ознаки ЛА, класифікація любовних адиктів, мотиви звернення адиктів за психологічною допомогою. Залежність від мобільних телефонів (sms-адикція). Адикція відносин. Релегійна адикція. Культова поведінка ризику. Риси культової общини. Методи вербовки. Утримання у культурі. Особистісні фактори культової узалежненої поведінки. Деформація культової свідомості. Комунікативні залежності. Фанатизм.

Сексуальні адикції. Класифікація клінічних проявів сексуальних адикцій. Розлади сексуальних переваг (парафілії): фетишизм, фітишистський трансвестизм, ексгібіціонізм, вуйайеризм, педофілія, садомазохізм, множинні розлади сексуальних переваг, інші розлади сексуальних переваг. Клінічна картина: об'єктивні та суб'єктивні феномени. Порушення психічного онтогенезу (дизонтогенез свідомості). Порушення сексуального онтогенезу (дизонтогенез статевої ідентичності). Механізми психосексуального дизонтогенезу. Розлади формування базової статевої ідентичності. Загальна характеристика особистісних рис, притаманних особам, схильним до нехімічних видів залежностей.

Харчова залежність (нервова анорексія, нервова булімія, психогенна гіперфагія).

Залежні крадіжки (клептоманія та делінквентні крадіжки). Теоретичні моделі клептоманії та її зв'язок з іншими психічними розладами. Розповсюдженість та клініко-соціальні характеристики осіб, які залежні на клептоманію. Залежні делінквентні крадіжки. Загальні фактори формування залежних крадіжок. Особливості формування залежної поведінки осіб, які скоюють крадіжки.

Патологічні звичні дії, як форма аддикції. Загальна характеристика патологічних звичних дій. Трихотілломанія (ТХМ) як «ендогенна» форма розладів звичок та потягів.

Профілактика узалежнення від культу себе та своїх близьких. Поняття співзалежності. Поняття про сприяння та не сприяння хворобі. Емоційна созалежність. Взаємодія психологічних територій. Сутність созалеженості. Форми созалежних відносин. Психологічні портрети людей, що створюють созалежні відносини. Психологічні особливості особистості із комплексами: самознищення; жертви; садистськими схильностями; нарцисизму; ненаситною спрагою любові. Діти, що вирости в родині із созалежними відносинами. Злоякісна співзалежність. Наркотична співзалежність. Трикутник «рятувальника»: ролі «рятувальник», «жертва», «переслідувач». Созалежність із сектою.

Мета і завдання психотерапевтичних впливів при залежності. Раціональна психотерапія: місце і роль у комплексній терапії залежних станів. Сугестивні методи психотерапії (гіпнотерапія, емоційно-стресова терапія, «кодування», аутогенна релаксація) у комплексній терапії залежних станів. Поведінкова психотерапія (умовно-рефлекторна, ситуаційний тренінг, психодрама та ін.), місце і роль у комплексній терапії залежних станів. Основні стадії казкотерапії при залежній поведінці. Особливості підбору казок. Принципи створення казок. Вікові аспекти казкотерапії. Групова психотерапія в комплексній терапії залежних станів. Психоаналіз та подібні методи в комплексній терапії залежних станів. Сімейна психотерапія залежних станів. Терапія реабілітаційним середовищем. Соціальний аспект терапії зайнятостю. Духовно-орієнтовані технології. Психопрофілактика залежної поведінки

Практичні завдання:

1. Складіть схему інтерв'ю або анкети для діагностування клієнта із залежністю.
2. Доберіть по 5 вправ, які ви запропонували б клієнту, у якого є залежність (вид обираєте самостійно спираючись на особистісний інтерес) у підходах гештальт-терапії, тілесноорієнтованої терапії (ТОТ), когнітивно-поведінкової психотерапії, символ-драми (методу кататимного переживання образів), нарративному підході, бібліотерапії, казкотерапії.
3. Напишіть есе на тему «Свобода/самотність/зрілість» розкриваючи означені тему обов'язково зупинитися на наступному:
 - ✓ Що значить для Вас Свобода?
 - ✓ Для Вас це ресурс у Вашому житті чи обмеження життя?
 - ✓ Як ви відчуваєте, що Ви Вільні?
 - ✓ Як ви відчуваєте обмеження своєю Свободи? Що тоді відчуваєте? Які вирішуєте ситуацію?
 - ✓ Чи є для Вас різниця між Свободою і Самотністю?
 - ✓ Як та у яких ситуаціях ви відчуваєте, що Ви Самотні? Які вирішуєте ситуацію?
 - ✓ Для Вас це ресурс у Вашому житті чи обмеження життя?
 - ✓ Що для Вас зрілість?
 - ✓ Як поводить себе зріла та незріла особистість?
 - ✓ Які між собою пов'язані Свобода, Самотність та Зрілість?

Основні поняття: залежність, види залежної поведінки, созалежність, вживання алкоголем, зловживання алкоголем, доза та рівні вживання алкоголю, продром алкоголізму, стадії розвитку алкоголізму, наркотична залежність, залежність від ліків, нікотинова залежність, трудоголізм, спортивна адикція, адикція до витрати грошей (шопоголізм), інтернет адикція, ігрова залежність (гемблінг), технологічні адикції, любовна адикція, адикція відносин, релігійна адикція, сексуальні аддукції, парафілії, фетишизм, фітишистський трансвестизм, ексгібіціонізм, вуйайеризм, педофілія, садомазохізм, множинні розлади сексуальних переваг, сексуальний онтогенез, дизонтогенез статевої ідентичності, психосексуальний дизонтогенез, харчова залежність, нервова анорексія, нервова булімія, психогенна гіперфагія, клептоманія,

делінквентні крадіжки, патологічно звичні дії, трихотілломанія (ТХМ), раціональна психотерапія, гіпнотерапія, емоційно-стресова терапія, «кодування», аутогенна релаксація, поведінкова психотерапія, казкотерапія, сімейна психотерапія, терапія реабілітаційним середовищем, терапія зайнятістю.

Контрольні питання

1. Загальне уявлення про залежність, види залежної поведінки, созалежність.
2. Вживання алкоголем та зловживання алкоголем: доза та рівні вживання алкоголю.
3. Продром алкоголізму.
4. Форми прояву та стадії розвитку алкоголізму.
5. Наркотична залежність.
6. Залежність від ліків.
7. Нікотинова залежність.
8. Поняття шкоди внаслідок формування нехімічних видів залежності.
9. Поняття поведінкових патернів, характерних для нехімічних видів залежності.
10. Особливості трудового залежності особистісний портрет трудового залежного, класифікація трудового залежного.
11. Спортивна адикція.
12. Адикція до витрати грошей (шопоголізм).
13. Інтернет адикція: психологічні та фізичні симптоми які характерні для інтернет-адиктів, типологія залежності від комп'ютера, типи інтернет-залежних.
14. Ігрова залежність (гемблінг). Епідеміологія, етіологія, патогенез.
15. Характерологічні та особистісні риси гемблерів.
16. Соціальні фактори ризику ігрової залежності.
17. Клінічні прояви ігрової залежності.
18. Залежність від комп'ютерних ігор.
19. Залежність від азартних ігор.
20. Технологічні адикції.
21. Любовна адикція: характеристика поняття ЛА, ознаки ЛА, класифікація любовних адиктів, мотиви звернення адиктів за психологічною допомогою.
22. Залежність від мобільних телефонів (sms-адикція).
23. Адикція відносин.
24. Релігійна адикція. Культова поведінка ризику.
25. Риса культової общини.
26. Методи вербовки та утримання у культурі.
27. Особистісні фактори культової узалежненої поведінки.
28. Деформація культової свідомості.
29. Комуникативна залежність.
30. Фанатизм.
31. Сексуальні аддикції. Класифікація клінічних проявів сексуальних аддикцій. Розлади сексуальних переваг (парафілії): фетишизм, фітишистський трансвестизм, ексгібіціонізм, вуйайеризм, педофілія, садомазохізм, множинні розлади сексуальних переваг, інші розлади сексуальних переваг.
32. Клінічна картина: об'єктивні та суб'єктивні феномени.
33. Порушення психічного онтогенезу (дизонтогенез свідомості).
34. Порушення сексуального онтогенезу (дизонтогенез статевої ідентичності). Механізми психосексуального дизонтогенезу.
35. Розлади формування базової статевої ідентичності.
36. Загальна характеристика особистісних рис, притаманних особам, схильним до нехімічних видів залежностей.
37. Харчова залежність (нервова анорексія, нервова булімія, психогенна гіперфагія).

38. Залежні крадіжки (клептоманія та делінквентні крадіжки).
39. Теоретичні моделі клептоманії та її зв'язок з іншими психічними розладами.
40. Розповсюдженість та клініко-соціальні характеристики осіб, які залежні на клептоманію.
41. Залежні делінквентні крадіжки.
42. Загальні фактори формування залежних крадіжок. Особливості формування залежної поведінки осіб, які скоюють крадіжки.
43. Патологічні звичні дії, як форма аддикції. Загальна характеристика патологічних звичних дій.
44. Трихотілломанія (ТХМ) як «ендогенна» форма розладів звичок та потягів.
45. Профілактика узалежнення від культу себе та своїх близьких.
46. Поняття співзалежності. Поняття про сприяння та не сприяння хворобі.
47. Емоційна созалежність. Взаємодія психологічних територій.
48. Сутність созалеженості. Форми созалежних відносин.
49. Психологічні портрети людей, що створюють созалежні відносини. Психологічні особливості особистості із комплексами: самознищення; жертви; садистськими схильностями; нарцисизму; ненаситною спрагою любові.
50. Діти, що виростили в родині із созалежними відносинами.
51. Злоякісна співзалежність.
52. Наркотична співзалежність.
53. Трикутник «рятувальника»: ролі «рятувальник», «жертва», «переслідувач». Созалежність із сектою.
54. Мета і завдання психотерапевтичних впливів при залежності.
55. Раціональна психотерапія: місце і роль у комплексній терапії залежних станів. Сугестивні методи психотерапії (гіпнотерапія, емоційно-стресова терапія, «кодування», аутогенна релаксація) у комплексній терапії залежних станів. Поведінкова психотерапія (умовно-рефлекторна, ситуаційний тренінг, психодрама та ін.), місце і роль у комплексній терапії залежних станів.
56. Основні стадії казкотерапії при залежній поведінці. Особливості підбору казок. Принципи створення казок. Вікові аспекти казкотерапії.
57. Групова психотерапія в комплексній терапії залежних станів.
58. Психоаналіз та подібні методи в комплексній терапії залежних станів.
59. Сімейна психотерапія залежних станів.
60. Терапія реабілітаційним середовищем при залежностях.
61. Соціальний аспект терапії зайнятостю при залежностях.
62. Духовно-орієнтовані технології при залежностях.
63. Психопрофілактика залежної поведінки.

Література до теми:

Базова: 1, 2; 3; 4; 5; 7; 8

Допоміжна: 2; 3,4;6; 8, 9; 10; 17; 22; 23; 29, 34; 36; 37;45; 50; 57; 86-140

Інформаційні ресурси: 1-20

ГЛОСАРІЙ

А

АВТЕНТИЧНІСТЬ – (справжність, ідентичність заявленому) відповідність людини самій собі; здатність жити, не зраджуючи своєму істинному Я. Одним з проявом автентичності є **КОНГРУЕНТНІСТЬ**: відповідність зовнішнього вираження внутрішнього змісту

АУТОАГРЕСІЯ (АВТОАГРЕСІЯ, АУТОДЕСТРУКЦІЯ, ПОВОРОТ ПРОТИ СЕБЕ, від ауто- + агресія) — активність, націлена (свідомо чи несвідомо) на заподіяння собі шкоди у фізичній і психічній сферах. З точки зору психоаналізу відноситься до механізмів психологічного захисту. Аутоагресія проявляється в самозвинувачення, самоприниженні, нанесенні собі тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості аж до самогубства, саморуйнівну поведінку (пияцтві, алкоголізмі, наркоманії, ризикованій сексуальній поведінці, виборі екстремальних видів спорту, небезпечних професій, провокаційній поведінці).

АВТОДЕСТРУКТИВНА ПОВЕДІНКА – сукупність дій, вчинених без задуму позбавити себе життя, проте таких, що ведуть як до фізичної, так й до психологічної та соціальної дезадаптації.

АГІОТЕРАПІЯ — що полягає у відновленні духовності людини. Агіотерапевтом може метод психотерапевтичної роботи бути священик, або лікар-медик з освітою за напрямком нетрадиційної медицини (з благословення єпископа). Суть явища зцілення полягає у передачі усього життя пацієнта, від моменту зачаття, Ісусові Христу.

АКСІОТЕРАПІЯ – метод психотерапевтичної роботи із потенціальними суїцидентами, спрямований на переоцінку цінностей, переорієнтацію клієнта, його адаптацію до реальності. Завдання аксіопсихотерапії: запобігання фіксації когнітивної настанови безвихідності та відсутності сенсу життя; особистісний розвиток клієнта, що підвищує кризову та фрустраційну толерантність.

АКТИВНІСТЬ ОСОБИСТОСТІ – особливий вид діяльності особистості, що визначається інтенсифікацією власних основних характеристик (а саме: цілеспрямованості, мотивації, усвідомленості, володіння засобами та прийомами дій, емоційності), а також наявністю таких якостей як ініціативність та ситуативність.

АКЦЕНТУАЦІЯ (від лат. *Accentus* – наголос), акцентуація характеру, акцентуація особистості – особливість характеру (в інших джерелах — особистості) людини, що знаходиться в межах клінічної норми, при якій окремі його риси надмірно посилені, унаслідок чого виявляється вибіркова уразливість стосовно одних психогенних впливів при збереженні стійкості, адаптованості до інших. Акцентуації не є психічними розладами, але за певними своїми властивостями схожі з розладами особистості, що дозволяє робити припущення про наявність між ними зв'язку. Згідно з МКХ-10 класифікується як одна з проблем, пов'язаних з труднощами підтримки нормального способу життя.

АКУМУЛЯЦІЯ АФЕКТУ – процес тривалого накопичення негативних емоцій незначної сили із подальшою розрядкою у вигляді бурхливого та некерованого афективного вибуху, що розпочинається без видимих причин.

АМБІВАЛЕНТНІСТЬ – суперечливе ставлення суб'єкта до об'єкта, тимчасова спрямованість протилежних почуттів (наприклад, любові та ненависті) на один і той самий об'єкт. Одна із рис, типових для невротиків.

АНДРОГІНІЯ – виявлення тих чи інших якостей, що асоціюються із **МАСКУЛІННІСТЮ** або **ФЕМІНІННІСТЮ**, залежно від зовнішніх обставин, сфери діяльності, ситуації. Вважають, що людина з андрогінним характером не втрачає якостей своєї **СТАТІ** та

не набуває характеристик іншої: вона має набір якостей, притаманний обом статям одночасно.

АНОРМАЛЬНА КРИЗА – стан людини в умовах КРИЗИ, обтяжений патологічним розвитком і змінами.

АНОМІЯ – поняття, запропоноване Е. Дюркгеймом з метою опису поведінки, що відхиляється від інституціональних норм: самогубств, апатії, розчарування тощо. Аномія являє собою історично зумовлений процес руйнування базових елементів культури перш за все в плані етичних норм. Певні соціальні групи (особливо молодь) відчужуються від суспільства, припиняють відчувати свою приналежність до нього, а тому і зрікаються зразків поведінки, які декларуються як соціально прийнятні. Замість конвенціональних (традиційних) засобів пропагуються власні - часто протиправні.

АТИТЮД або соціальна установка (англ. Attitude - «відношення») – це особливий тип переконання, що представляє собою сформовану оцінку якогось об'єкта, система основних настановних ставлень **ОСОБИСТОСТІ**.

АФЕКТ – потужне та нетривале нервово-психічне збудження, емоційний стан, пов'язаний із різкою зміною важливих для суб'єкта життєвих обставин. Супроводжується різко вираженими руховими проявами та змінами у функціях внутрішніх органів, втратою вольового контролю та бурхливим вираженням емоційних переживань.

АФЕКТ НЕАДЕКВАТНОСТІ – надмірна захисна реакція на неуспіх, породжена зіткненням завищеної самооцінки та реальних можливостей.

АФІЛІАЦІЯ – прив'язаність, прагнення бути разом з іншими людьми, потреба в спілкуванні, в реалізації емоційних контактів, проявах дружби та любові.

В

ВІДРЕАГУВАННЯ – зняття емоційної напруги через програвання у спеціально організованих умовах ситуацій, що призвели до появи негативного емоційного переживання.

ВІКОВА КРИЗА – перехід від одного вікового етапу до іншого; період життя людини, що характеризується низкою циклічних перетворень. Проявами вікової кризи можуть бути депресивні стани, виражена незадоволеність собою, важкорозв'язувані проблеми внутрішнього і зовнішнього характеру, різкі зміни в поведінці людини.

ВІКТИМНІСТЬ – здатність суб'єкта ставати жертвою злочину, що реалізується у соціальних, психологічних і моральних відхиленнях від норм безпечної поведінки.

ВИВЧЕНА БЕЗПОРАДНІСТЬ – стан, що виникає у людини або тварини після досить тривалого аверсивного впливу, якого не можна уникнути. У людини вивчена безпорадність являє собою емоційний розлад (депресія або невротична тривога); можлива поява психосоматичних розладів. Основна характеристика вивченої безпорадності – тенденція до генералізації: хоча вона виникає стосовно конкретної ситуації, вивчена безпорадність поширюється на інші, таким чином, суб'єкт припиняє навіть намагатися вирішити завдання, що перед ним постає.

ВНУТРІШНЯ КАРТИНА СВІТУ – сукупність уявлень людини про себе, світ і своє місце в ньому. Майже всі дії, думки та вчинки людини визначаються не об'єктивними обставинами, а саме суб'єктивною картиною світу. Розуміння картини світу людини – основа для надання психологічної допомоги.

ВНУТРІШНЯ СТИГМА – спровоковане **ЗОВНІШНЬОЮ СТИГМОЮ** ставлення до себе людей, які належать до певної групи.

ВТОРИННА ВІКТИМІЗАЦІЯ – дія вторинних факторів, що впливають на стан постраждалого.

ВТОРИННА ТРАВМАТИЗАЦІЯ – властива людям, які були свідками події, але самі в ній не брали участь та/або спостерігали подію з екранів телевізорів, моніторів та/або

емпатично залучені у стосунки із особою, яка переживає травматичний стан. Виокремлюють вторинну травму глядача, читача, родичів, фахівців допомагаючи професій.

ВТОРИННА ТРАВМА ТЕРАПЕВТА – зміни у внутрішньому досвіді терапевта, що виникають у результаті його емпатичної залученості у стосунки із клієнтом, який переживає травматичний стан.

Г

ГЕЙ-АФІРМАТИВНА терапія – застосовується, коли людину задовольняють її переваги, проте вона бажає бути більш задоволеною власною гомосексуальною орієнтацією.

ГЕЙ-КОНВЕРСИВНА терапія – напрямок терапевтичної роботи за зміною сексуальних переваг.

ГЕНДЕР – нормативні уявлення про соматичні, психічні та психологічні якості, що асоціюються із **МАСКУЛІННІСТЮ** і **ФЕМІНІННІСТЮ** та, як вважається, відрізняють чоловіків від жінок.

ГЕНЕРАЛІЗАЦІЯ – процес, у результаті якого суб'єкт відтворює поведінкову реакцію у відповідь на всі подразники або ситуації, схожі на безумовний подразник або ситуацію, де відбувалось підкріплення.

ГЕНОСОЦІОГРАМА – генеалогічне дерево, доповнене переліком важливих життєвих подій.

ГІПЕРВІКТИМНІСТЬ – прагнення до необдуманого ризику, досягнення ейфорії від подолання критичних і криміногенних ситуацій.

ГІПОВІКТИМНІСТЬ – забезпечення підвищеної безпеки.

ГОМОФОБІЯ – один із різновидів ксенофобії, страх перед гомосексуалізмом і людьми нетрадиційної сексуальної орієнтації. На рівні індивідуальної свідомості гомофобія часто є засобом психологічного самозахисту від власних неусвідомлюваних гомоеротичних почуттів, фантазій та спонукань.

ГОРЕ – поняття, що має кілька значень:

Горе (подія) — біда, лихо, нещастя.

Горе (емоція) — реакція на втрату значущого об'єкта, частини ідентичності або майбутнього, що очікується, негативно забарвлений емоційний процес, пов'язаний з відчуттям об'єктивної або суб'єктивної втрати. Сильний глибокий смуток, скорбота.

Д

ДВНАДЦАТЬ КРОКІВ – етапи роботи психотерапевтичних груп для наркозалежних (хворих на ВІЛ у тому числі):

1. Визнання власного безсилля перед наркотиками.
2. Апеляція до більш могутньої сили, ніж сила індивіда (Бог, Всесвіт, космос, природа і т. ін.).
3. Передача цій керівній силі власної волі.
4. Аналіз власної поведінки з метою досягнення адекватної самооцінки (зняття із себе маски невизнаного таланта, жертви і т. ін.).
5. Визнання своїх помилок (сповідь).
6. Готовність за допомогою керівної сили позбавитись власних недоліків.
7. Реальне звернення за допомогою.
8. Готовність відшкодувати всі прикrostі, що були завдані оточуючим людям.
9. Реальне відшкодування, коли це можливо.
10. Постійний контроль над власними вчинками.
11. Постійний контакт із керівною силою.
12. Передача власного досвіду іншим наркозалежним, що стали на шлях зцілення.

ДЕБРИФІНГ – особливим чином організоване обговорення, що полягає в максимальному проясненні ситуації, встановленні того, де, що і в якій послідовності

відбувалося, впорядкуванні травматичної події. До процедури дебрифінгу входять також інформування й емпатичне вислуховування. Мета дебрифінгу – емоційне відреагування та когнітивне структурування, необхідні для відновлення у постраждалої людини почуття контрольованості над подіями, що відбуваються.

ДЕЛІНКВЕНТ – суб'єкт, чия девіантна поведінка в крайніх виявленнях є діями, що караються законом.

ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ:

- 1) зміна самосвідомості індивіда, що характеризується втратою психологічних і поведінкових особливостей, притаманних йому як особистості, втрата власного «Я» та болісне переживання відсутності емоціональної залученості відносно близьких, роботи і т. ін.;
- 2) у соціальній сфері – це безчуттєве (механістичне), негуманне ставлення до клієнтів, що приходять із метою лікування, консультації, одержання освіти і т. ін.

ДЕПРЕСІЯ – афективний стан, що характеризується негативним емоційним фоном, змінами в мотиваційній сфері, когнітивних уявленнях і загальною пасивністю поведінки. Суб'єктивно людина насамперед відчуває важкі, болісні емоції та переживання – пригніченість, нудьгу, відчай. Різко знижені потяги, мотиви, вольова активність.

ДЕСЕНСИБІЛІЗАЦІЯ (психотерапія систематичною десенсибілізацією) – форма поведінкової психотерапії, спрямована на зниження емоційної сприйнятливості стосовно ситуації певного типу. Базується на припущенні, згідно з яким у разі фобії відбувається генералізація афекту, причому емоційне переживання страху пов'язується із первісно нейтральними ознаками тих ситуацій, що породили страх. Психотерапевтична мета, що постає у цьому випадку, – пов'язати ці стимули із позитивним підкріпленням.

ДИСКРИМІНАЦІЯ – встановлення розбіжностей між власною та іншими групами та наголошення на них. Найбільш вірогідний результат дискримінації – тенденція до виникнення внутрішньогрупового фаворитизму або навпаки – акцентуація на позитивно оцінюваних розбіжностях на користь певної групи.

ДИСКОРДАНТНА ПАРА – пара, у якій один із партнерів ВІЛ-позитивний, а інший – здоровий.

ДИСМОРФОФОБІЯ – ідеї фізичного недоліку, засновані на реальній або уявній тілесній аномалії (зріст, вага тіла, форма обличчя), що супроводжуються прагненням до її корекції.

ДИСОЦІАЦІЯ – порушення зв'язності психічних процесів.

ДИСТРЕС (з англ. distress – «горе», «страждання», «сильне нездужання», «виснаження») – вплив негативних стресорів і стресових ситуацій, викликає значні негативні емоції. Може бути мобілізаційним та деструктивним, який виснажує захисні сили організму, що призводить до зриву механізмів адаптації і розвитку різних захворювань, і навіть до можливого смертельного фіналу.

ДИСФОРІЯ – знижений настрій із дратівливістю, озлобленістю, похмурістю, підвищеною чутливістю до дій оточуючих, із схильністю до спалахів агресії. Зрідка може виявлятися нетипово, у вигляді піднесеного або екзальтованого настрою із дратівливістю, напруженістю, агресивністю.

Е

ЕГОЇЗМ – характеристика особистості, що відбивається у наданні переваги власним інтересам над інтересами інших або суспільними. Базується на мотивах себелюбства та своєкорисливості.

ЕГОЦЕНТРИЗМ – викривлене сприйняття дійсності, засноване на зосередженості на власних інтересах, відчуттях і досвіді; характеристика особистості, що близька до

ЕГОЇЗМУ, проте має на меті не користь, а самоствердження, виключності власного «Я».

ЕКЗИСТЕНЦІЙНА ПРОВИНА – відчуття провини, що супроводжує втрату відповідності собі справжньому, зокрема, нереалізовану можливість втілювати свій потенціал.

ЕКЗИСТЕНЦІЙНИЙ СТРАХ – особлива форма страху, пов'язана не із певними життєвими подіями конкретного індивіда, а із самою сутністю людини. Екзистенційні страхи можна поділити на такі: страх перед простором, страх перед часом, страх перед непізнаністю життя та страх перед собою.

ЕКСПЛОЗИВНІСТЬ – порушення, що полягає у готовності до раптового, неадекватно потужного прояву афекту.

ЕМОЦІЙНА СТАГНАЦІЯ – емоційна нечуттєвість, інертність. Виникає внаслідок переживання **ТРАВМАТИЧНОЇ СИТУАЦІЇ** та виконує функцію захисту від психічного перевантаження.

З

ЗАЗЕМЛЕННЯ (за О. Лоуен) - метафора відомого «принципу реальності» З. Фрейда. Заземлення означає енергетичний контакт із ґрунтом, відчуття опори, що забезпечує усталеність і можливість рухатись.

ЗСУВ РИЗИКУ - поняття соціальної психології, що означає більш високий рівень ризикованості дій, на які наважується група порівняно із діями окремих її членів, які виступають автономно.

ЗОВНІШНЯ СТИГМА - несправедливе негативне або спрощено стереотипне ставлення до людей, які належать до певної групи.

ІДЕНТИЧНІСТЬ - почуття самототожності, власної істинності, повноцінності, співпричетності до світу та інших людей. Почуття набуття, адекватності власного «Я» та стабільного володіння ним незалежно від змін останнього та ситуації; здатність особистості до повноцінного виконання завдань, що постають перед нею на кожному етапі розвитку.

ІМАЖИНАТИВНА ПСИХОТЕРАПІЯ - напрямок психотерапії, що ґрунтується на прийомах цілеспрямованого викликання образів уяви та подальшої роботи із виявленими у такий спосіб внутрішніми конфліктами.

ІНВЕРСІЯ - процес і результат перестановки або заміни - до протилежності - мотивів, настанов, бажань, реакцій, поведінкових актів та ін.

ІНФОРМАЦІЙНА ТЕРАПІЯ - особливий вид екстреної психологічної допомоги, що полягає в трансляції певних рекомендацій та має на меті психологічну підтримку життєздатності тих людей, які знаходяться у повній ізоляції від оточуючого світу.

К

КАРТИНА СВІТУ - цілісна, багаторівнева, більш-менш усвідомлена система уявлень людини про світ взагалі, про інших як об'єктів взаємодії та про себе як суб'єкта діяльності.

КВІР (у перекладі з англійської мови - «дивний», «інший») є за змістом ідентичним поняттю «ГЕНДЕР», проте має більш політичну спрямованість і використовується із метою уникнення категоризації людей за критерієм їх сексуальної практики.

КОМПЕТЕНТНІСТЬ У ЧАСІ як характеристика зрілої **ОСОБИСТОСТІ** (за А. Маслоу) включає сумірність минулого, теперішнього та майбутнього, переживання реальності того, що відбувається, та вільне переміщення по лінії часу туди й назад.

КОМПУЛЬСИВНА ПОВЕДІНКА - поведінка, що здійснюється нібито примусово, не пов'язана із досягненням поставлених людиною цілей.

КОНГРУЕНТНІСТЬ - прийняття себе як цілісної особистості без будь-якого оцінювання, стан повної широти, коли всі частини особистості функціонують разом, переслідуючи спільну мету. Поняття, синонімічне АВТЕНТИЧНОСТІ.

КРИЗА (грец. *κρίσις* — рішення; поворотний пункт, переломний момент) - стан людини, що виникає у разі блокування її цілеспрямованої життєдіяльності або зовнішніми стосовно її особистості причинами (фрустрацією), або внутрішніми, зумовленими ростом, розвитком особистості, переходом до іншого життєвого циклу, етапу становлення.

КРИЗА ІДЕНТИЧНОСТІ - втрата цілісності сприйняття себе та своєї ролі, що виявляється у порушенні здатності адекватно брати участь у складній соціальній взаємодії, в якій відбувається самореалізація людської особистості.

КРИЗОВА ІНТЕРВЕНЦІЯ - екстрена психологічна допомога людині, що знаходиться у стані кризи. Базується на принципах короткочасності, реалістичності, особистісного залучення професіонала або добровольця кризової допомоги та симптом-центрованого контролю.

М

МАСКУЛІННІСТЬ - комплекс психологічних і характерологічних особливостей, що традиційно приписуються чоловікам. До них належать сила, твердість, жорстокість та ін.

МАНІПУЛЮВАННЯ (синонім - «макіавеллізм») - термін, що означає приховане керування діями або поведінкою в цілому інших людей через експлуатацію їх «слабких місць».

МУМІФІКАЦІЯ - поведінка, за якої людина, яка переживає смерть іншої людини, зберігає все так, як було за часів померлої, аби кожної хвилини бути готовою до її повернення.

Н

НАДМІРНА ІДЕНТИФІКАЦІЯ - крайня позиція терапевта, пов'язана із фантазіями спасіння або помсти та зумовлена «надлишком» емпатії. У результаті такої надлишкової емпатії терапевт може вийти за межі професійного спілкування із пацієнтом.

НАДПИЛЬНІСТЬ - поведінка комбатанта, яка полягає в пильному спостереженні всього, що відбувається навколо, нібито в ситуації загрози для життя.

НАДЦІННІ ІДЕЇ - афективно насичені судження та уявлення, що виникають у зв'язку із реальними обставинами, проте набувають неадекватно розширеного значення.

НЕВРОЗ - група поширених нервово-психічних розладів, психогенних за природою, проте не зумовлених психотичними станами. Клінічна картина неврозів містить як соматовегетативні розлади, так і негативні суб'єктивні переживання (тривога, відчуття власної неповноцінності). У разі неврозів на перший план виступають розлади емоційної сфери. Ускладнення пошуку виходу зі стану переживань призводить до психічної та фізіологічної дезорганізації особистості, формування невротичних симптомів.

НЕВРОТИЗМ - стан, що характеризується емоціональною нестійкістю, тривогою, вегетативними розладами.

НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ҐРУНТ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ - поведінка людини, при якій вона переважно констатує для себе відсутність бажання жити, яке проте ще не відповідає бажанню не жити.

НЕЙРОТИЗМ - показник адаптації до швидкозмінних або екстремальних ситуацій (підвищена емоційна сприйнятливість, дратливість, у результаті яких розвиваються емоціональна нестійкість і тривожність).

НОРМАЛЬНА КРИЗА - стан людини, зумовлений самою суперечливою логікою та динамікою розвитку та становлення особистості.

О

ОПИТУВАЛЬНИК ВИГОРАННЯ (автор Jackson Maslach, 1984) - психодіагностична методика, яка включає 4 субшкали: емоційну виснаженість, особистісне самоздійснення, деперсоналізацію, ущербність як наслідок роботи за альтруїстичною професією. Містить 25 пунктів.

ОСОБИСТІТЬ - це:

- 1) соціально та культурно інтегрована система, у функціонуванні якої колосальну роль відіграють соціокультурні фактори;
- 2) саморегульована та самокерована система, якій притаманний певний набір механізмів саморегуляції, в якому роль керівного фактора відіграє індивідуальна система цінностей особистості;
- 3) складна система, що самоорганізується, якостями якої є такі:
 - адаптивність - здатність з метою самозбереження поводити себе відповідно до мінливих умов середовища;
 - спроможність активно прагнути певного результату, керуючись планом, що наперед відбиває майбутній результат дій;
- 4) відкрита система, що існує як елемент іншої, більш великої - суспільства.
- 5) система, розвиток якої зумовлює боротьба, що проявляється, з одного боку, у прагненні до зняття напруги, врівноваженні власної взаємодії із навколишнім оточенням, а з іншого - у пошуку постійної напруги, постановці та реалізації цілей, проектів і т. ін.

П

ПАЛІАТИВНА МЕДИЦИНА - наука, що займається вивченням правил допомоги хворому в процесі вмирання.

ПАНІКА - особливий емоційний стан, що виникає як наслідок або дефіциту інформації про деяку жахливу або незрозумілу ситуацію, або її надлишку. Паніка виявляється в стихійних імпульсивних діях і супроводжується тимчасовим переживанням гіпертрофованого страху, що породжує некеровану, нерегульовану поведінку людей (втрату критики та контролю), іноді із повною нездатністю реагувати на поклики, втратою почуття обов'язку та честі.

ПАРАСУЇЦИД - спроба самогубства, спрямована на одержання соціального ефекту.

ПАРАСУЇЦИДАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ - активні фантазії про власну смерть, проте не про самогубство.

ПЕРЕБІЛЬШЕНЕ РЕАГУВАННЯ - поведінка комбатанта або заручника, при якій за умов найменшої несподіванки людина робить стрімкі рухи (кидається на землю, різко обертається та приймає бойову позу, коли хтось наближається до неї зі спини), раптом здригається, біжить, голосно кричить і т. ін.

ПЕРИНАТАЛЬНА ПЕДАГОГІКА - галузь педагогіки, що вивчає виховання ще ненародженої дитини шляхом забезпечення її стимулами, які сприятливо вплинуть на її стан і розвиток.

ПЕРИНАТАЛЬНІ МАТРИЦІ (термін С. Грофа) - фіксація перинатальних подій, що відповідають періоду вагітності, пологів і післяпологового етапу у вигляді чотирьох кліше або штампів. С. Гроф розрізняє матриці наївності (період вагітності до початку пологів), жертви (період від початку пологової діяльності до розкриття матки), боротьби (до моменту народження дитини) та свободи (протягом перших семи днів життя).

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ПТСР) - комплекс симптомів у тих людей, які пережили травматичний стрес. Розрізняють гострі, хронічні та відстрочені ПТСР. До основних симптомів ПТСР належать: симптоми повторного переживання (або «вторгнення»), уникнення та фізіологічної гіперактивації.

ПОШУКОВА АКТИВНІСТЬ - поведінка, спрямована на змінення ситуації (або ставлення до неї) за умов відсутності певного прогнозу її результатів, проте при постійній увазі до ступеня його ефективності.

ПРЕВЕНТИВНА ДІЯЛЬНІСТЬ - діяльність, спрямована на запобігання певним явищам і процесам.

ПРЕСУЇЦИДАЛЬНИЙ ПЕРІОД - період від виникнення перших суїцидальних переживань до їх реалізації.

ПРИНЦИП «ТУТ І ТЕПЕР» - принцип, особливість якого полягає в тому, що психолог не торкається переживань, пов'язаних із минулим, а працює з актуальними переживаннями та очікуваннями, спрямованими на майбутнє.

ПРОАКТИВНІ СТРАТЕГІЇ КЕРУВАННЯ СТИГМОЮ - стратегії, які кидають виклик стигмі та мають на увазі невизнання соціальних норм, покладених у її основу.

ПРОСОЦІАЛЬНА ПОВЕДІНКА - будь-які дії, спрямовані на благополуччя інших людей. Діапазон цих дій досить широкий - від люб'язності до допомоги людині, яка потрапила в біду.

ПСИХАСТЕНІЯ - хворобливий розлад психіки, якому притаманні надмірна нерішучість, боязкість, помисливість, схильність до нав'язливих ідей.

ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я - явище, що визначається ВООЗ за такими критеріями:

- а) усвідомлення та відчуття безперервності існування, постійність, ідентичність фізичного та психічного «Я»;
- б) відчуття подібності переживань в однотипних ситуаціях;
- в) критичне ставлення до себе та результатів своєї діяльності;
- г) відповідність психічних реакцій силі та частоті впливів, соціальних ситуацій, обставин;
- д) здатність коректувати свою поведінку;
- е) планування своєї діяльності, реалізація цих планів;
- є) здатність змінити свою поведінку відповідно до ситуації.

ПСИХОЛОГІЧНЕ ПОДОЛАННЯ - усвідомлена поведінка суб'єкта, що є гнучкою, підпорядкованою меті опанування стресового впливу, диференційованою й орієнтованою на реальність. Стратегії психологічного подолання умовно поділяють на три великі групи: проблемно-орієнтована поведінка, емоційне реагування та уникнення. Виділяють також ресурси психологічного подолання, до яких відносять, наприклад, соціальну підтримку та гумор.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ВІК - якісно своєрідний ступінь онтогенетичного розвитку, зумовлений закономірностями формування організму, умовами життя, навчання та виховання, що має конкретно-історичне походження. Поняття «психологічний вік» і «хронологічний вік» не є тотожними, адже останнє відбиває тривалість існування індивіда з моменту його народження.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ЗАХИСТ - спеціальна регулятивна система стабілізації особистості, спрямована на мінімізацію негативних переживань: на усунення або зведення до мінімуму почуття тривоги, пов'язаного з усвідомленням конфлікту, що ставить під загрозу цілісність особистості. Функція психологічного захисту - відгородження сфери свідомості від негативних, травмуючих переживань.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ЧАС - процес усвідомлення та переживання особистістю міжподієвих відношень, суб'єктивної картини життєвого шляху.

Р

РЕАБІЛІТАЦІЯ - відновлення нормальної життєдіяльності та працездатності хворих та інвалідів, що досягається різними методами лікування та застосуванням інших спеціальних засобів.

РЕАДАПТАЦІЯ - процес повторного включення індивіда в соціальний контекст і формування в нього компенсаторних соціальних навичок після пережитої життєвої кризи, з причини якої були порушені минулі соціальні контакти.

РЕАКТИВНІ ПСИХОЗИ - стани, які виникають у результаті впливу факторів, що мають особливу значущість для людини або погрожують її життю та благополуччю. Розвиваються як реакція на ТРАВМАТИЧНУ ПОДІЮ і перестають існувати після її вирішення або зникнення. Реактивним психозам притаманні гострота сприйняття, глибина розладу, втрата критичності оцінки подій, що відбуваються. Легше виникають у психопатологічних особистостей, наприклад, істеричних, емоційно нестійких, параноїчних.

РЕАКТИВНІ СТРАТЕГІЇ КЕРУВАННЯ СТИГМОЮ - стратегії, що включають захисні спроби уникнути впливу стигми (або пом'якшити його), але мають на увазі прийняття соціальних норм і цінностей.

РЕАКЦІЯ «БІЙ АБО БІЖИ» - ланцюг фізіологічних і біохімічних змін (прискорення серцебиття та дихання, зростання напруги м'язів, зміна складу крові та інших рідин організму і т. ін.), що відбуваються в тілі людини кожного разу, коли вона сприймає сигнал небезпеки.

РЕАКЦІЯ ГОРЯ - відповідь на втрату близької людини, що звичайно розвивається після фази шоку та потрясіння, проходить фазу депресивної зосередженості думок на померлому та з часом завершується періодом розв'язання. Послідовність розвитку фаз реакції різна; вона може переростати у справжнє депресивне захворювання.

РЕАКЦІЯ ЕГОЦЕНТРИЧНОГО ПЕРЕКЛЮЧЕННЯ - гострі та короточасні реакції на конфлікти, що розпочинаються з афективних переживань, але швидко генералізуються, охоплюючи всі рівні психічної діяльності.

РЕАКЦІЯ НЕГАТИВНОГО БАЛАНСУ - предсуїцидальні стани, змістом яких є раціональне «підведення життєвих підсумків», оцінка пройденого шляху, визначення реальних перспектив існування, порівняння позитивних і негативних моментів продовження життєдіяльності.

РЕАКЦІЯ ПСИХАЛГІЇ - відчуття «душевного болю». При цьому трансформацій свідомості, біологічних потреб і вітальних проявів не відбувається, зберігається здатність до диференціації зовнішніх стимулів.

РЕКУРЕНТНЕ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМИ - повторне проживання травм, ілюзії, галюцинації, раптові, яскраві та реалістичні, спалахоподібні травматичні переживання.

РИКОШЕТНА ВІКТИМІЗАЦІЯ - психологічна шкода, яку спричиняє ситуація нападу і т. ін. рідним і близьким потерпілого.

С

САМОДРАМАТИЗАЦІЯ - болісне усвідомлення власної несхожості на інших, що супроводжується переживанням нав'язливого жалю до себе та самопринизливими ідеями.

СИНДРОМ ВИГОРАННЯ - виснаження або знос, що відбувається у людини в процесі роботи в результаті занадто високих вимог до власних ресурсів. У такому стані фахівець не очікує на винагороду та задоволення від роботи, що виконується, а, навпаки, - очікує на покарання. Розрізняють три основні симптоми вигорання: емоціональне виснаження, деперсоналізація та недостатнє відчуття особистісного досягнення.

СОЦІАЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ - непорозуміння, відчуження у спілкуванні та професійному самовизначенні, проблеми у сферах фінансів, освіти, створення та збереження родини, з якими стикається суб'єкт.

СТАТЕВА НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНІСТЬ - психологічний опис людини, що має низькі показники за шкалами як типово чоловічих, так і типово жіночих якостей і характеристик.

СТАТЕВА РОЛЬ - диференціація діяльності, статусів, прав та обов'язків індивідів залежно від їх статевої приналежності.

СТАТЕВО-РОЛЬОВА ІДЕНТИЧНІСТЬ - усвідомлення індивідом власної статевої приналежності; переживання власної маскулітності - фемінітності; готовність грати певну статево роль. Єдність самосвідомості та поведінки індивіда, який відносить себе до певної статі та орієнтується на вимоги власної статевої ролі.

СТАТЬ - генетично та фізіологічно закріплені за людиною особливості побудови статевих органів, що визначають її роль у процесі запліднення.

СТИГМА («клеймо») - негативна асоціація людини з чим-небудь ганебним, непрестижним, відразливим. Це явище подібне до стереотипу і відрізняється від нього спрямованістю на якості людини.

СТИГМАТИЗАЦІЯ - соціально-психологічна дискримінація певної групи людей.

СТОКГОЛЬМСЬКИЙ СИНДРОМ (англ. Stockholm Syndrome) - ситуація, що описує захисний і несвідомий травматичний зв'язок, взаємну або односторонню симпатію, що виникає між жертвою і агресором в процесі захоплення, викрадення і / або застосування (або загрози застосування) насильства. Під впливом сильного шоку заручники починають співчувати своїм загарбникам, виправдовувати їх дії, і в кінцевому рахунку ототожнювати себе з ними, переймаючи їх ідеї і вважаючи свою жертву необхідною для досягнення «загальної» цілі. Побутовий стокгольмський синдром, що виникає в домінуючих сімейно-побутових відносинах, є другою найбільш відомою різновидом стокгольмського синдрому.

СТРАТЕГІЇ «КЕРУВАННЯ СТИГМОЮ» - особливі життєві стратегії, що вимушені виробляти люди, які живуть із ВІЛ. Розрізняють ПРОАКТИВНІ та РЕАКТИВНІ стратегії керування стигмою.

СТРЕС (термін, вперше був запроваджений Г. Сельє) - неспецифічна відповідь організму на зміну умов, що потребує пристосування. Виокремлюють три стадії стресу: тривоги (alarm); резистентності або опору; виснаження. Травматичний стрес-нормальна реакція людини на аномальні обставини, як то загроза життю, смерть або поранення іншої людини, участь у бойових діях, насильство, стихійне лихо, катастрофи і т. ін.

СТРЕСОГЕННІ УМОВИ (за П. Фрессом) - умови, в яких людина не здатна, не вміє або не готова діяти з причини їх новизни, незвичайності, раптовості виникнення.

СУЇЦИД - соціально-психологічний стан особистості в умовах невирішеного конфлікту, результатом якого є реалізація усвідомленого бажання піти із життя.

СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА - поведінка суб'єкта, що окрім суїциду, включає суїцидальні замаху, спроби та виявлення. До замахів відносять усі суїцидальні акти, які не завершилися смертю з причини, що не залежить від суїцидента (обрив мотузки, своєчасні реанімаційні заходи і т. ін.). До суїцидальних виявів належать відповідні думки, вислови, натяки, що, однак, не супроводжуються будь-якими діями, спрямованими на позбавлення себе життя.

Т

Т-ГРУПА - група тренінгу, що створюється для впливу в системі міжособистісних відносин на всіх її членів із метою розвитку в них соціально-психологічної компетенції, навичок спілкування, взаємодії, керування конфліктними ситуаціями.

ТАНАТОЛОГІЯ (від грецьких коренів thanatos — смерть та logos — навчання) - розділ теоретичної та практичної медицини, що вивчає стан організму на кінцевій стадії патологічного процесу, динаміку та механізми вмирання, безпосередні причини смерті.

ТЕРМІНАЛЬНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА - психологічна допомога пацієнтам, які вмирають від невиліковної хвороби або старості. Основний фокус роботи фахівця - страх людини перед стрімким та необоротним завершенням життя.

ТЕРОРИЗМ - залякування людей насильством, що реалізується у різних формах: фізичній, політичній, економічній, інформаційній і т. ін.

ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ - події, що можуть порушити цілісність особистості та нанести «душевну рану», які загрожують життю людини та можуть призвести до серйозної фізичної травми або поранення: пов'язані із сприйняттям жахливих картин смерті або поранень інших людей; такі, що мають відношення до насильницької або несподіваної смерті близької людини; пов'язані із присутністю під час насильства над близькою людиною або одержанням інформації про це; пов'язані із провиною конкретної людини за смерть або тяжку травму іншої. До переліку травматичних входять також ситуації, у яких людина знаходиться (або знаходилась) під впливом шкідливих для організму факторів (радіація, отруйні речовини і т. ін.).

ТРИВОЖНІСТЬ - показник емоційної схильності до АУТОАГРЕСІЇ залежно від зовнішніх подразників (постійна або ситуативна якість людини приходить до стану підвищеної турботливості, відчувати страх і тривогу в специфічних соціальних ситуаціях, пов'язаних із випробуваннями).

Ф

ФРУСТРАЦІЯ - психологічна реакція, пов'язана із розчаруванням, невдачею у досягненні певної мети, руйнуванні сподівань і т. ін.

Ш

ШКАЛА КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ CAPS застосовується для діагностики рівня виразності симптоматики ПТСР, частоти виявлення симптомів, ступеня їх впливу на соціальну активність та виробничу діяльність клієнта. За допомогою питань шкали визначається частота симптому, що вивчається, протягом минулого місяця, а потім оцінюється інтенсивність його виявлення.

ШКАЛА ОЦІНКИ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНОЇ ПОДІЇ - шкала, що включає 22 пункти, побудована як самозвіт і виявляє перевагу тенденції до уникнення, вторгнення (нав'язливого відтворення) травматичної події та гіперзбудження (злість, дратливість, гіпертрофована реакція переляку, складнощі з концентрацією і т. ін.). Зміст самозвіту пов'язаний із певними життєвими подіями, а також із специфікою показників, що вимірюються.

ШОК «ЧОРНОГО КОЛЬОРУ» (при інтерпретації плям Роршаха): досліджуваний вагається під час опису плями переважно чорного кольору, мовчить протягом 1-2 хвилин, відмовляється давати відповіді, пропускає карти.

Я

ЯКОРІННЯ - техніка NLP, у ході якої внутрішня або зовнішня подія (звук, слово, підняття руки, інтонація, дотик) пов'язується із певною реакцією або станом та спричиняє її появу. Якорі можуть виникати природно або встановлюватися навмисно. Позитивний якорі викликає ресурсне переживання, негативний - проблемне.

ЯТРОГЕНІЯ (дав.-гр. *iatrós* — «медик» + дав.-гр. *γενεά* — «походження»; англ. *Iatrogenesis*) — помилкові або неадекватні дії медичного працівника, як несвідомі, так і свідомі, які являють собою негативне навіювання, що призвели до виникнення захворювання, ускладнення або смерті пацієнта. Ятрогенні наслідки з'являються внаслідок будь-якої дії, в тому числі, словесної, будь-якого медичного працівника під час здійснення ним лікувальних, діагностичних або профілактичних заходів. Якщо медичний працівник не здійснює необхідних медичних заходів, що призводить до виникнення захворювання, ускладнення або смерті пацієнта, то це розглядають не як ятрогенію, а як ненадання необхідної медичної допомоги або халатне відношення медика.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ З КУРСУ «ПРАКТИКИ КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ТЕРАПІЇ В КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ»

Тестові завдання з курсу «Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях» розроблені для підсумкового контролю знань цієї нормативної дисципліни відповідно до навчального плану студентів спеціальності 053 «Психологія» та згідно з робочою програмою і можуть бути використані в процесі навчальної роботи. Тести призначені для того, щоб надати можливість студентам самостійно оцінити успішність оволодіння конкретними знаннями та окремими розділами навчальної дисципліни.



Тести до курсу «Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях» вміщують у основні теми курсу: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), психологія втрати (у випадку смерті близької людини) у дітей та дорослих, психологія втрати (внаслідок розлучення) у дітей та дорослих, психологія насилля щодо жінок і дітей, суїцидальна поведінка.

Інструкція щодо роботи з тестом

1. Правила виконання зазначені перед тестовими завданнями кожної нової форми (перед кожним блоком завдань).
2. Відповідайте тільки після того, як Ви уважно прочитали та зрозуміли завдання.
3. У разі необхідності використовуйте чернетку.
4. Намагайтеся виконати всі завдання.

Інструкція щодо заповнення бланку відповіді

1. До бланку відповіді записуйте лише правильні, на Вашу думку, відповіді.
2. Відповіді вписуйте чітко, дотримуючись вимог інструкції до кожної форми завдань.
3. Неправильно позначені, підчищені в бланку відповіді вважатимуться помилкою.
4. Якщо Ви позначили в бланку відповідь неправильно, можете виправити її замалювавши попередню позначку та поставивши нову, як показано на зразку:

A	B	B	Г
			

Увага!!! Три виправлені відповіді вважатимуться за одну помилку.

Ваш результат залежатиме від загальної кількості правильних відповідей, зазначених в бланку.

1. Відповідно до Міжнародної класифікації психічних порушень у травматичному стресі виокремлюють три основні групи симптомів (виключіть зайве):

- а) симптоми повторного переживання (або симптом «вторгнення»)
- б) симптоми амнезії
- в) симптоми уникнення
- г) симптоми фізіологічної гіперактивації

2. Жінка розповідає, що у її чоловіка, який 3 місяці тому повернувся із зони АТО, бувають напади коли він падає на землю, притискається, ніби ховається від когось або чогось. Це прояв:

- а) флешбек-синдрому
- б) «комбатантної» психопатії
- в) прогресуючої астенії
- г) «солдатського серця»

3. Форма дисоціації, яка характеризується напруженістю, поглибленістю у діяльність, активними зусиллями щодо її виконання, почуттями подиву та інтересу, що є специфічним станом уваги і свідомості це:

- а) абсорбція
- б) неуважність
- в) деперсоналізація
- г) диссоціативні зміни ідентичності

4. Яка модель виникнення та розвитку ПТСР є синтезом когнітивної, психоаналітичної та психофізіологічної моделей? що стрес – це маса внутрішньої і зовнішньої інформації, основна частина якої не може бути узгоджена з когнітивними схемами, внаслідок чого відбувається інформаційне перевантаження.

- а) модель патологічних асоціативних емоційних мереж
- б) трьохфакторна модель
- в) інформаційна модель
- г) багатофакторна модель

5. Дівчинка, 16 років, після побаченої на власні очі автокатастрофи, внаслідок якої загинули її батьки, знаходить будь-які шляхи, щоб обійти місце цієї події, будь-які запитання оточуючих щодо катастрофи переводить на іншу тему. Це симптом ...

- а) уникнення
- б) дереалізації
- в) флешбек-синдрому
- г) прогресуючої астенії

6. Зіставте типи ПТСР з їх описовою характеристикою (за В.М. Волошиним):

- 1. тривожний тип ПТСР
- 2. астенічний тип ПТСР
- 3. дисфоричний тип ПТСР
- 4. соматоформний тип ПТСР

а) домінує почуття млявості і слабкості, знижений фон настрою, байдужість до проблем родини та робочим питанням, гіперсомнія з болісною дрімотою іноді впродовж усієї доби

б) високий рівень невмотивованої тривоги, дисфоричне забарвлення настрою, страх перед сновидіннями, нестача повітря, озноб або жар

в) неприємні тілесні відчуття в області серця, голови, шлунково-кишкового тракту, іпохондрична концентрація на тілесних відчуттях

г) постійне переживання невдоволення, спалахи злості, контакти часто зводяться до мінімуму, замкнутість, похмурість, відгородженість

7. Установіть відповідність між невротичними та патохарактерологічними синдромами, що характерні для ПТСР з їхньою симптоматикою:

- 1. «солдатське серце»
- 2. синдром «того, хто вижив»
- 3. флешбек-синдром
- 4. прояви «комбатантної» психопатії
- 5. синдром прогресуючої астенії
- 6. посттравматичні рентні стани

а) спогади про «нестерпні» події, що насильно вторгаються у свідомість

б) хронічне «почуття провини, що залишився в живих»

в) часті симптоми болю за грудиною, прискороного серцебиття, уривчастості дихання, підвищеної пітливості

г) набута інвалідність, що характеризується усвідомленою вигодою від належних пільг і привілеїв та переходом до пасивної життєвої позиції та життєвого гасла «всі мені повинні»

д) післятаборна астенія, що спостерігається після повернення до нормального життя у вигляді швидкого старіння, падіння ваги, психічної млявості і прагнення до спокою

е) агресивність і імпульсивна поведінка зі спалахами насильства, зловживання алкоголем і наркотиками, численні сексуальні зв'язки всупереч підозрілості та замкнутості

8. Установіть відповідність між формами дисоціації та їх описовими характеристиками

- 1. абсорбція
- 2. неуважність
- 3. деперсоналізація
- 4. диссоціативні зміни ідентичності

а) мрійливість або мрії наяву, а також «порожній погляд»; дорожній транс (гіпноз) або тимчасовий провал

б) помітні зміни в переживанні фундаментальної єдності Я – феномен роздвоєності

в) суб'єктам здається, що вони втратили почуття реальності свого тіла і зовнішнього світу; вони скаржаться на втрату власних емоцій, відсутність образів у процесі мислення, відчуття повної порожнечі у душі

г) специфічний стан уваги і свідомості, що характеризується напруженістю, заглибленістю у діяльність, активними зусиллями щодо її виконання, почуттями інтересу та подиву

9. Зіставте стадії психотерапії сім'ї з їхньою описовою характеристикою

1. діагностичний (сімейний діагноз)
2. ліквідація сімейного конфлікту
3. реконструктивний
4. підтримувальний

а) обговорення актуальних сімейних проблем: або в одній родині, або в групі клієнтів з подібними проблемами і їх родичами

б) виявлення сімейного конфлікту і прояснення його витоків, з наступною фазою – відреагування кожного залученого до конфлікту, на тлі створення адекватного контакту з психотерапевтом. Психотерапевт допомагає учасникам конфлікту навчитися чути один одного та говорити мовою, що зрозуміла всім членам родини

в) визначення типології порушених сімейних відносин з урахуванням особистісних властивостей всіх членів сім'ї

г) у повсякденних умовах життя сім'ї закріплюються набуті на попередніх етапах навички емпатичного спілкування та розширений діапазон рольової поведінки, заслуховуються звіти про динаміку сімейних відносин, проводиться корекція набутих навичок спілкування відповідно до реального життя

10. Розташуйте фази проведення дебріфінгу з першої по сьому.

- а) вступна фаза
- б) фаза опису симптомів
- в) фаза опису почуттів
- г) фаза опису фактів
- д) фаза опису думок
- е) фаза завершення
- ж) фаза реадаптації

Тестування за темою:

«Психологія втрати (у випадку смерті близької людини) у дітей та дорослих»

1. Уявіть ситуацію. Дитина Д., 4 років, у якої померла сестра К., через два дні після похоронної церемонії запитує в мами коли повернеться К.? Це свідчить про:

- а) розумову відсталість дитини
- б) вікову особливість сприйняття смерті дитини
- в) неухважність дитини
- г) психічні порушення дитини

2. Уявіть ситуацію. Жінка К., 46 років, у якої помер чоловік Д., якого вона дуже любила і цінувала. На похоронній церемонії К. стояла мов кам'яна, без прояву будь-яких емоцій та жодної сльозинки на обличчі. Це свідчить про ...

- а) відсутність емоційного зв'язку з чоловіком
- б) емоційну стійкість, добре розвинуте вміння керувати емоціями
- в) шок та оціпеніння
- г) прояви алекситимії

3. Уявіть ситуацію. Чоловік П., 53 років, у якого десять днів тому в аварії загинули дружина і дочка. Скаржиться на те, що вночі чує кроки, відчуває присутність дружини і дочки. Це свідчить про:

- а) психічні порушення у чоловіка
- б) стадію пошуку в проживанні втрати
- в) потойбічні явища
- г) прояви заперечення втрати

4. Уявіть ситуацію. Жінка Д., 32 років, втратила дворічну дитину. Після цього раптово розлучилася з чоловіком, звільнилась з попереднього місця роботи, продала квартиру, обірвала всі зв'язки з рідними та друзями і переїхала жити за кордон. Це свідчить про:

- а) завершення проживання втрати і адаптацію жінки до нових умов життя
- б) імпульсивність жінки
- в) форму заперечення втрати
- г) лабільність емоційних процесів

5. Сім'я в результаті нещасного випадку втратила доньку 12 років. Через півроку після смерті дівчинки батьки продовжують ставити для неї столові прибори, прибирають її кімнату, купують для неї одяг. Це прояв:

- а) дереалізації
- б) муміфікації
- в) деперсоналізації
- г) психічних порушень

6. Згідно з концепцією Дж. Вордена щодо роботи із синдромом втрати виокремлюються чотири завдання, які людині, що горює необхідно вирішити задля нормального перебігу процесу проживання втрати. Розташуйте ці завдання в порядку їхньої реалізації.

- а) переживання болю втрати
- б) формування нового ставлення до померлого
- в) організація оточення, де відчувається відсутність покійного
- г) визнання факту втрати

7. Зробіть співвіднесення етапів переживання втрати із відповідним змістом надання психологічної допомоги.

- 1. стадія шоку
- 2. стадія пошуку
- 3. стадія гострого горя
- 4. стадія відновлення

а) необхідно ініціювати розмови про померлу людину, причини її смерті, думки та почуття, в зв'язку з тим, що сталося; згадування про те, якою була померла людина, що їй подобалося, чим вона захоплювалася, як проводили час разом тощо

б) необхідно допомагати заново включитися до різних аспектів життя, планувати майбутнє

в) необхідно бути присутнім поруч з людиною, які зазнала втрату, не залишати її наодинці, піклуватися про неї. Висловлювати свою турботу і увагу краще через дотики

г) надати можливість відреагування злості

д) роз'яснити, що дерелізаційні симптоми для цієї стадії нормальні

е) надати можливість усвідомлення амбівалентних почуттів щодо померлої людини

8. Зіставте типи дисфункціональних реакцій, що спостерігаються у сімейних системах в ситуації втрати одного з її членів з їх описовими характеристиками

- 1. реагування на кшталт злиття
- 2. реагування на кшталт ізоляції
- 3. реагування на кшталт розщеплення
- 4. реагування на кшталт заміщення
- 5. реагування на кшталт перемикування

а) характерно для ретрофлексивних сімей, члени яких переживають горе шляхом «мовчазного відходу», приховуючи свій біль один від одного. Такий тип реагування характеризує жорсткі внутрішні межі сімейної системи, обумовлює труднощі отримання членами сім'ї підтримки один в одного і є джерелом їх прогресуючої самотності

б) характерно для сімей, в яких функція горювання «делегується» одному з її членів. Він оплакує померлого, організовує ритуальні дії (дев'ять днів, сороковини, річниця смерті, день народження померлого тощо). Допомагає зберегти пам'ять про померлого

в) пов'язано з появою в родині ідентифікованого пацієнта, який дозволяє членам сім'ї відволіктися від хворобливих переживань, пов'язаних з втратою, і сконцентруватися на вирішенні його проблем (раптова хвороба, несподівані труднощі в поведінці або навчанні у дитини, алкоголізм та ін.).

г) характерно для конфлюентних сімей, виявляється у ситуаціях, коли члени сім'ї зливаються в спробі впоратися з болем втрати. Смерть близького родича порушує цілісність сім'ї та актуалізує різні страхи, часто неусвідомлювані страхи, зокрема страх власної смерті, страх самотності, страх відповідальності тощо

д) виявляється в тому, що через невеликий проміжок часу після смерті члена сім'ї з'являється його «заступник» (народжується нова дитина, як, наприклад, у випадку Сальвадора Далі; овдовілий чоловік вступає в новий шлюб та ін.).

9. Зіставте форми ускладненого синдрому втрати з їхньою описавою характеристикою

1. хронічне горе
2. конфліктне горе
3. пригнічене (масковане) горе
4. несподіване горе
5. відставлене горе
6. відсутнє горе

а) прояви синдрому втрати незначні або практично відсутні. Замість них з'являються соматичні скарги, та/або ознаки хвороби, що відзначалися у померлого, з подальшим розвитком тривалої іпохондрії

б) переживання втрати носить постійний характер і інтеграція втрати не настає. Навіть через багато років найменше нагадування про втрату викликає інтенсивні переживання

в) прийняття та інтеграція втрати затримується, переважають інтенсивні почуття тривоги, самозвинувачення і депресії, які ускладнюють повсякденне життя

г) будь-які зовнішні прояви втрати відсутні, якби цієї втрати не було взагалі. Людина повністю заперечує втрату або залишається в стані шоку

д) відразу після втрати виникають емоційні прояви, але потім «робота горя» припиняється. У подальшому нова втрата та/або нагадування про минулу втрату запускає механізми переживання

е) одна або кілька ознак втрати спотворюються або надмірно посилюються, перш за все, почуття провини і гніву, що зумовлює порочне коло контрастних переживань, яке заважає подоланню втрати і затягує проходження гострого періоду

10. Зіставте комплекси симптомів горювання з їх симптомами (по три у кожному комплексі)

1. емоційний комплекс
 2. когнітивний комплекс
 3. поведінковий комплекс
- а) нав'язливі думки
 - б) фетишизм
 - в) туга
 - г) невіра
 - д) безглузда поведінка
 - е) надмірна активність
 - є) гнів
 - ж) байдужість
 - з) відчуття присутності

Тестування за темою:

«Психологія втрати (внаслідок розлучення) у дітей та дорослих»

1. Найбільш поширеними стратегіями поведінки в ситуації розлучення є (ВИКЛЮЧІТЬ ЗАЙВЕ):

- а) агресивна
- б) комунікативна
- в) маніпулятивна
- г) приймаюча

2. У процесі розлучення жінка погрожує чоловіку, що після розлучення не дасть дозволу бачитись з дитини. Це характерно для стадії...

- а) депресії
- б) гніву та озлобленості
- в) закоханості

г) переговорів

3. На гостроту дитячих переживань під час розлучення батьків можуть впливати різні фактори (ВИКЛЮЧИТЬ ЗАЙВЕ):

а) характер внутрішньосімейних взаємин до розлучення і ступінь залученості дитини до рішення подружніх проблем

б) особливості протікання процесу розлучення

в) з ким із батьків залишається дитина після розлучення, відносини з цією особою

г) ступінь шкільної успішності

д) характер взаємин колишнього подружжя після розлучення

4. Після розлучення жінка продовжує купувати речі своєму колишньому чоловіку, готувати сніданки та вечері для нього, накривати стіл на двох. Це прояв:

а) психічних порушень жінки

б) ригідності

в) стадії заперечення

г) стадії депресії

5. Тип взаємовідносин після розлучення, за якого партнери зберігають середній рівень взаємодії і високу комунікативність; не вважають себе близькими друзями, але з більшості питань, що стосуються дітей, співпрацюють досить добре називається...

а) «відмінні товариші».

б) «колеги, що співробітничать»

в) «сердиті союзники»

г) «затяті вороги»

6. Розташуйте стадії проживання втрати внаслідок розлучення за А. Курпатовим у порядку від першої до останньої

а) проблиски об'єктивності або прийняття реальності

б) адаптаційна

в) повернення будь-якою ціною – образи та звинувачення іншого; погрози, шантаж, маніпулювання тощо

г) депресія

д) заперечення

е) закоханість (ідеалізація) – почуття провини, захопленість інтересами партнера, змінення себе; вмовляння, обіцянки змінитися та ніколи не згадувати про те, що сталося, відчуття безмежної закоханості у партнера

є) гніву й озлобленості

7. А. Маслоу запропонував модель розпаду подружніх відносин, що включає в себе сім стадій (зіставте стадії з їх характеристиками)

1. емоційне розлучення

2. час роздумів і відчаю перед розлученням

3. юридичне розлучення

4. економічне розлучення

5. встановлення балансу між батьківськими обов'язками і правом на опіку

6. час самодослідження і повернення до рівноваги після розлучення

7. психологічне розлучення

а) оформлення розриву стосунків відбувається на формальному рівні; відносини подружжя, що розлучається можуть включати у себе конфлікти, погрози або прагнення до переговорів

б) переговори батьків щодо подальших взаємин з дітьми і розподілу зон відповідальності; основними завданнями даного етапу являються створення нових стосунків між батьками та дитиною, а також набуття почуття власної гідності і незалежності

в) руйнування ілюзій щодо подружнього життя, почуття незадоволеності, відчуження подружжя один від одного, актуалізація тривоги, різноманітних страхів та відчаю, спроби контролювання партнера, підвищення суперечок, прагнення уникнення проблем

г) актуалізація почуття самотності, усвідомлення наявності амбівалентних почуттів: нерішучості, оптимізму, болю, печалі, цікавості, збудження, радості, смутку тощо; встановлення

нових контактів, «відкриття» нових сфер активності, «поява» нового стилю життя, визначення нових обов'язків всіх членів сім'ї

д) припинення спільного ведення господарства та розділення сімейного бюджету (якщо до цього він був загальним)

е) актуалізація почуттів злості, болю, різноманітних страхів, суперечливість почуттів і вчинків. Це часто супроводжується шоком, відчуттями порожнечі і хаосу; спробами повернення любові, необхідності отримання підтримки та допомоги від друзів, членів сім'ї

є) на емоційному рівні – це прийняття факту розпаду відносин, стабілізація емоційного стану, опрацювання негативних почуттів, пов'язаних з розлученням; на когнітивно-поведінковому – готовність до дій, впевненість в своїх силах, відчуття самоцінності, поява почуття незалежності і автономії, пошук нових об'єктів для любові і готовність до побудови нових відносин

8. Зіставте стадії проживання втрати внаслідок розлучення з їх характеристиками (за Е. Кюблер-Росс)

1. стадія заперечення
2. стадія озлобленості
3. стадія переговорів
4. стадія депресії
5. стадія прийняття

а) характеризується пригніченим настроєм, відчуттям себе невдахою та нікчемною, різко знижується самооцінка, впевненість у собі та довіра до людей

б) покинутий партнер переживає стан фрустрації, що пов'язано з крахом його планів і надій. Часто він починає маніпулювати дітьми, намагаючись залучити їх на свою сторону. Злість щодо партнера та/або суперника(ці)

в) реальність того, що відбувається не сприймається. На цій стадії актуалізується робота різних захисних механізмів: заперечення («нічого страшного не сталося», «все добре» тощо), репресії («сьогодні ми про це говорити не будемо, потім якось владнаємо» тощо) раціоналізації («нарешті прийшло звільнення», «рано чи пізно це все одно б сталося» тощо), знецінення («насправді шлюб був жахливим» тощо)

г) ця стадія пов'язана з прийняттям факту розлучення і адаптацією до нових умов життя

д) подружжя використовують різні маніпуляції по відношенню один до одного, включаючи сексуальні стосунки, вагітність (реальну або вигадану), погрози припинити життя самогубством. Залучає близького оточення (родичів та/або друзів) щодо тиску на партнера задля відновлення шлюбу

9. Розташуйте фази розпаду емоційних відносин у порядку від першої до останньої у відповідності до концепції Дж. А. Лі.

- а) вираз невдоволення
- б) прийняття рішень
- в) трансформація відносин
- г) усвідомлення невдоволення
- д) переговори

10. Зіставте тип взаємовідносин у розлучених партнерів з їх описовою характеристикою

1. «відмінні товариші»
2. «колеги, що співробітничать»
3. «сердиті союзники»
4. «затяті вороги»
5. «дуєт, що розпався».

а) мають низький рівень комунікативності та взаємодії. Їх суперечки часто можуть бути вирішені тільки у судовому порядку: офіційні битви у суді тривають іноді багато років після розлучення. За час життя в шлюбі вони звикли до конфліктів і навіть після розлучення дуже сильно залежать один від одного, хоча енергійно це заперечують

б) стосунки характеризуються високим рівнем взаємодії та високим рівнем комунікабельності

в) у відносинах колишнього подружжя цієї групи будь-який контакт виключений повністю. Це сім'ї тільки з одним із батьків, де немає місця колишньому партнеру

г) стосунки характеризуються середнім рівнем взаємовпливу та низькою комунікативністю. Їх розлучення часто має тенденцію владнати розбіжності тільки в судовому порядку, і їх офіційні відносини в суді тривають іноді багато років після розлучення. Для них характерно вимушене спілкування, зазвичай воно стосується виключно питань щодо дітей

д) стосунки характеризуються середнім рівнем взаємодії та високою комунікативністю. Відокремлюють свої подружні взаємини від батьківських обов'язків і з більшості питань, що стосуються дітей, співпрацюють достатньо добре

*Тестування за темою:
«Психологія насилля щодо жінок і дітей»*

1. *Виключіть НЕПРАВИЛЬНЕ твердження:*

- а) насильству підвладні всі верстви населення
- б) насильниками можуть бути тільки чоловіки
- в) алкоголізм не завжди є причиною насильства
- г) процес насильства має певні стадії

2. *Уявіть ситуацію. Жінка К. в шлюбі з М. 7 років, працює. Всі доходи йдуть в сімейний бюджет. М. має право вільно розпоряджатися сімейним бюджетом, К. зобов'язана перш ніж взяти певну суму попросити дозволу у М. Який вид насильства спостерігається в цих взаєминах?*

- а) фізичне
- б) психологічне
- в) економічне
- г) культурне

3. *Характеристики, які можуть вказувати на схильність до насильства (виключіть зайве)*

- а) жорстокість по відношенню до тварин або дітей
- б) швидке зав'язування стосунків
- в) контроль
- г) ригідність

4. *Метод роботи з тілом, який використовує рух як засіб зміни психологічних властивостей особистості, і в основі якого лежить синтез трьох напрямків: тілесно-орієнтованої психотерапії, танцювальної терапії та ритмічної гімнастики називається ...*

- а) ритмо-рухова терапія (РРТ)
- б) метод десенсибілізації
- в) дебрифінг
- г) кататимного переживання образів (КПО)

5. *Якою метафорою в ритмо-руховій терапії позначається така життєва тема «Наскільки координовані мої рухи? Наскільки я можу «тримати» мету, певний ритм або стиль руху? Які частини тіла «випадають» з направлено руху, як часто це відбувається? Як багато неусвідомленого хаосу в моєму тілі?»*

- а) простір
- б) час
- в) вага
- г) напрям

6. *Зіставте стадії циклу насильства з їх описовими характеристиками*

- 1. перша фаза
- 2. друга фаза
- 3. третя фаза
- 4. четверта фаза
- а) випадки сильного побиття; втрачається будь-який контроль над процесом
- б) відбуваються зростання напруги між партнерами
- в) медовий місяць, несе з собою період надзвичайного спокою і любові, уваги
- г) така стадія у циклі насилля відсутня

7. *Зіставте теорії, що пояснюють причини насильства щодо дітей в сім'ї з їх сутністю*

- 1. соціологічна теорія
- 2. соціально-психологічна теорія
- 3. психологічна теорія

4. соціально-економічна теорія
- а) ґрунтується на уявленні, згідно з яким дитина сама «бере участь» у створенні передумов для жорстокого поводження, що автоматично виливається в концепцію: погане поводження як кінцевий результат деструктивних дитячо-батьківських відносин
 - б) до факторів ризику виникнення насильства відносить: стереотип сімейних відносин, засвоєний ще в дитинстві і прийнятий у цій соціальній групі, а також житлові та матеріальні умови сім'ї
 - в) пояснює прояви насильства особистим життєвим досвідом батьків, їх «травмованим» дитинством
 - г) така теорія пояснення причини насильства щодо дітей в сім'ї відсутня
8. До кожної з категорій ризику щодо насильства у сім'ї доберіть по два їх фактори
- 1. соціально-економічні фактори ризику насильства в сім'ї
 - 2. фактори ризику, обумовлені структурою сім'ї та моделлю спілкування
 - 3. фактори ризику, обумовлені особистістю батьків
- а) міжпоколінна передача
 - б) приналежність до меншин
 - в) низький дохід
 - г) низький рівень соціальних навичок
 - д) емоційна і фізична ізоляція сім'ї
 - е) нерозвиненість батьківських навичок і почуттів
9. До кожного виду насильства доберіть по дві їх складові
- 1. фізичне
 - 2. емоційне
 - 3. психологічне
- а) ізоляція, тобто відчуження дитини від нормального соціального спілкування
 - б) «потиличники»
 - в) заборона на творчий розвиток
 - г) підтримка постійної напруги, залякування, погрози
 - д) побиття лозиною
 - е) образи
10. Зіставте типи насильників з їх характеристикою
- 1. регресивні
 - 2. морально нерозбірливі
 - 3. сексуально нерозбірливі
 - 4. неадекватні
 - 5. спокусники
- а) вони жорстоко поводяться з усіма близькими людьми, хто знаходиться в їх владі і залежить від них: дружиною, родичами, друзями, підлеглими
 - б) вони вміють знаходити контакт з дитиною, спілкуватися з нею, слухати, розмовляти, встановлювати з нею партнерські відносини
 - в) вони відрізняються низьким рівнем власної гідності, а також низькою здатністю контролювати імпульси
 - г) до цього типу відносять соціопат – людей, які соціально не вписуються в рамки суспільства, для яких діти не мають ніякої цінності, і тому вони вважають за можливе робити з ними все, що захочуть
 - д) це люди, для яких не існує кордонів і правил задоволення власних сексуальних потреб

*Тестування за темою:
«Суїцидальна поведінка»*

1. Виключіть НЕВІРНЕ твердження

- а) кажучи про бажання покінчити з життям, людина просто намагається привернути до себе увагу
- б) до суїциду схильні всі верстви суспільства
- в) суїциду можна запобігти
- г) суїцидент прямо або побічно повідомляє про свої наміри

2. Стан особистості, що обумовлює підвищену по відношенню до норми вірогідність здійснення суїцидального акту це

- а) суїцидальний замах
- б) суїцидальний прояв
- в) пресуїцид
- г) парасуїцид

3. Всі суїцидальні акти, які не завершилися смертю з причини, не залежної від суїцидента (обрив мотузки, своєчасно проведені реанімаційні заходи тощо) це:

- а) суїцидальні замах
- б) суїцидальні прояви
- в) пресуїциди;
- г) парасуїциди

4. Уявіть ситуацію. Дитина, батьки якої перебувають на стадії розлучення, після чергового скандалу, замикається у ванній і ножем травмує вени. Це прояви:

- а) істинного суїциду
- б) парасуїциду
- в) альтруїстичного суїциду
- г) аномічного суїциду

5. Е. Шнейдман виокремив чотири типи індивідів, які свідомо наближають свою смерть. Знайдіть п'яте «зайве»

- а) шукачі смерті
- б) ініціатори смерті
- в) вивчаючі смерть
- г) гравці зі смертю
- д) схвалюючі смерть

6. Зіставте тип суїциду з його характеристикою (за Е. Дюркгеймом)

- 1. егоїстичне самогубство
- 2. альтруїстичне самогубство
- 3. аномічне самогубство
- 4. фаталістичне самогубство
- а) виникає внаслідок абсолютної інтеграції індивіда в соціальне середовище. Наприклад, капітан, який згідно з кодексом честі, в разі аварії корабля повинен потонути разом з кораблем.
- б) виникає внаслідок надмірного контролю суспільства над індивідом, «надмірної громадської регламентації».
- в) самогубство, пов'язане з втратою ціннісної системи в суспільстві; коли в суспільстві старі соціальні норми вже не працюють, а нові - ще не сформувалися.
- г) навмисний розрив людиною своїх соціальних зв'язків

7. Зіставте типи особистісних стилів суїцидентів з їх описовою характеристикою:

- 1. імпульсивний тип
- 2. унікаючий тип
- 3. ризикуючий тип
- 4. регресивний тип
- 5. творчий тип
- а) раптове прийняття драматичних рішень при виникненні проблем і стресових ситуацій, труднощі в словесному вираженні емоційних переживань
- б) зниження з різних причин ефективності механізмів психологічної адаптації, емоційна сфера характеризується недостатньою зрілістю, інфантильністю або примітивністю
- в) балансування на грані небезпеки («гра зі смертю») є привабливим і викликає приємне збудження
- г) сприйняття самогубства як нового і привабливого способу виходу з нерозв'язної ситуації.
- д) втеча від кризової/травму вальної ситуації

8. З'єднайте тип індикатору суїцидального ризику з його прикладом

- 1. ситуаційний індикатор
- 2. поведінковий індикатор

3. комунікативний індикатор
4. когнітивний індикатор
5. емоційний індикатор
- а) наявність суїцидальних думок, намірів, планів
- б) шлюбнорозлучний процес
- в) самоізоляція від інших людей і життя
- г) амбівалентність по відношенню до життя
- д) прямі або непрямі повідомлення про суїцидальні наміри

9. Зіставте типи акцентуацій характеру у підлітковому віці з особливостями та імовірними чинниками аутоагресивної поведінки (за О. Є. Лічко, Л. М. Юр'євою):

1. циклоїдний тип
 2. емоційно-лабільний тип
 3. епілептоїдний тип
 4. істероїдний тип
- а) суїцидальні дії здійснюються в період гострих афективних реакцій інтрапунітивного типу. Суїцидальна поведінка афективно, прийняття рішення та його виконання здійснюється швидко, як правило, в той же день
- б) суїцидальні дії здійснюються в період афективних реакцій, які часті бувають екстрапунітивними (агресивними), але можуть трансформуватися в демонстративна суїцидальна поведінка
- в) для них характерні демонстративні і демонстративно-шантажні суїцидальні спроби
- г) суїцидальні дії зазвичай відбуваються у субдепресивній фазі на висоті афекту. Потенціоє суїцид публічно нанесена образа, приниження, ланцюг невдач, що наштовхує підлітка на думки про власної нікчемності, непотрібності, меншовартості

10. Зіставте форми суїцидальної поведінки з їх описовою характеристикою

1. суїцидальні думки
 2. суїцидальні задуми
 3. суїцидальний намір
 4. суїцидальна спроба
- а) цілеспрямоване оперування засобами самогубства, що внаслідок певних причин не закінчується смертю
- б) міркування суб'єкта про відсутність цінності і сенсу життя, обґрунтування доцільності своєї смерті, обмірковування способів, засобів самогубства
- в) розумові операції, в яких формується суїцидальний намір, вибирається спосіб, визначаються засіб, час здійснення самогубства
- г) мотиваційний феномен, який пов'язує психологічну та дієву складові вчинку

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

Базова література:

1. Байер О. О. Життєві кризи особистості : навчальний посібник / О. О. Байер. – Д. : Дніпропетр. нац. ун-ту, 2010. – 244 с.
2. Кризисные события и психологические проблемы человека / Под. ред. Пергаменщика Л.А. Мн.: НИО. – 2017. – 207 с.
3. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации / И. Г.Малкина-Пых . – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.
4. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И. Г.Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2008. – 928 с.
5. Меновщиков В. Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями / В. Ю. Меновщиков. – 2-е изд., стер. – М.: Смысл, 2005. – 182 с.
6. Москалец В. П. Психологія суїциду / В. П. Москалец. – 2004. – 288 с.
7. Мюллер М. Якщо Ви пережили психотравмуючу подію / Мартіна Мюллер // Пер. З англ. Діана Бусько; наук. Ред.. Катерина Явна. – Львів: Свічадо, 2014. – 120 с.(Серія «Сам собі психотерапевт»).
8. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л.Г. Царенко; за ред.. З.Г. Кісарчук. – К.: Логос, 2015. – 207 с.
9. Шебанова В. І. Психологічна реабілітація жінок, які зазнали насильства / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова. – Херсон: ПП Вишемирський. – 2011. – 174 с.
10. Шебанова В. І. Психологічна реабілітація дітей, які зазнали насильства / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова. – Херсон: ПП Вишемирський. – 2011. – 172 с.
11. Черепанова Е. М. Психологический стресс. Книга для школьных психологов, родителей и учителей / Е. М.Черепанова. – М.: Академия, 2016. – 96 с.

Допоміжна література:

1. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни / К.А. Абульханова-Славская. – М. : Мысль, 2011. – 298 с.
2. Абульханова К. А. Время личности и время жизни / К. А. Абульханова, Т.Н.Березина. – СПб. : Алетейя, 2011. – 134 с.
3. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии [пер. с англ. А.Боковиков] / А. Адлер. – Академический Проект, Гаудеамус, 2015. – 240 с. (Серия «Психологические технологии»).
4. Айви А. Е. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практ. Руководство / А.Е. Айви, М.Б. Айви, Л. Саймэк-Даунинг. – М. : Смысл, 2015. – 487 с.
5. Айстраханов Д. Д. Узагальнені тенденції змін стану здоров'я дорослого населення України / Д. Д. Айстраханов, Г. В. Курчатова, М.Ф. Гаврилук // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – № 1(5). – С. 12-18.
6. Александер Ф. Психосоматическая медицина / [пер. с англ. А. Боковиков, В.Старовойтов] / Ф. Александер. – М. : Институт общегуманитарных исследований, 2009. – 320 с.
7. Александров А. А. Современная психотерапия / А. А. Александров. – СПб. : Питер, 2014. – 400 с.
8. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья : концептуальные основы психологии здоровья / В. А. Ананьев. – СПб. : Речь, 2016. – 384 с.
9. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л.И. Анцыферова // Психол. журн. – 2004. – Т. 15. – № 1. – С. 3-18.

10. Белинская Е.П. Изменчивость и постоянство как качества личности / [Электронный ресурс] / Е.П. Белинская, Е.М. Дубовская // Психологические исследования : электрон. науч. журн. – 2009. – № 5(7). – Режим доступа : <http://psystudy.ru/index.php/num/2009n5-7/226-belinskaya7.html>.
11. Билецкая М.П. Семейная психотерапия детей с психосоматическими расстройствами (ЖКТ) / М.П. Билецкая. – СПб.: Речь, 2014. – 192 с.
12. Богучарова О. І. Здоров'я особистості у психологічній перспективі : монографія / О.І. Богучарова. – Вид. 3-ге, переробл. та допов. - Луганськ : РВВ ЛДУВС ім. Е. О. Дідоренка, 2017. – 487 с.
13. Богучарова О. І. Психологія ставлення до здоров'я: парадигми, моделі, чинники розвитку : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.01 / О.І.Богучарова; Київ. нац. ун-т ім. Тараса Шевченка. – К., 2013. – 39 с.
14. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь: теория и практика / А.Ф. Бондаренко. – К. : Укртехпресс, 1997. – 215 с.
15. Бондаренко А. Ф. Социальная психотерапия личности (психосемантический подход) / А. Ф. Бондаренко. – К. : КГПИИЯ, 2011. – 189 с.
16. Василенко Т. Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии / Т. Д. Василенко. – Курск : КГМУ, 2011. – 572 с.
17. Василюк Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций / Ф. Е. Василюк. – М. : МГУ, 1984. – 144 с.
18. Влахос И. Православная психотерапия: святоотеческий курс врачевания души / Ирофей Влахос. – М. : Свято-Троицкая Сергиева Лавра, 2004. – 243 с.
19. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой / А. В. Гнездилов. — СПб.: Речь., 2004 – 162 с.
20. Горностай П. П. Психологія життєвої кризи / П. П. Горностай / Відп. ред. Т. М. Титаренко. – К.: Агропромвидав України, 1998. – 348 с.
21. Групповое психологическое консультирование: кратк. курс лекций / Е. М. Лысенко, Т. А. Молодиченко. – М. : ВЛАДОС- ПРЕСС, 2006. – 159 с.
22. Доценко Е. Л. Психология манипуляции: феномены, механизмы и защита. / Е.Л.Доценко. – М.: Речь, 2003. – 304 с. (Серия «Психологический практикум»).
23. Дружинин В. Н. Варианты жизни. Очерки экзистенциальной психологии / В. Н. Дружинин. – М. : ПЕР СЭ, 2000. – 135 с.
24. Изард К. Э. Психология эмоций [пер. с англ. А. Татлыбаева, В. Мисник] / Кэррол Э. Изард. – СПб.: Питер, 2007. – 464 с. (Серия «Мастера психологии»).
25. Ильин Е. П. Психология общения и межличностных отношений / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2009. – 576 с. (Серия «Мастера психологии»).
26. Ильин Е. П. Эмоции и чувства / Евгений Петрович Ильин. – СПб.: Питер, 2013. – 783 с. – (Серия «Мастера психологии»)
27. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д. Н. Исаев. – М.: Речь, 2015. – 400 с.
28. Казначеев В. П. Здоровье нации, культура, футурология XXI века / Под общ. ред. д.м.н. А.В. Трофимова. Сост. В.В. Ромм, С.В. Чиркова. – Новосибирск: ЗСО МСА, 2012. – 386 с. – может поставить Калину?
29. Кандыба В. М. СК-метод развития человека / [Электронный ресурс] / В. М. Кандыба. – СПб. : Лань, 2002. – 264 с. – Режим доступа: http://www.moscowuniversityclub.ru/article/files/12885_52750565.pdf
30. Карвасарский Б. Д. Неврозы / Б. Д. Карвасарский. – М.: Медицина, 1990. – 576 с. (Серия «Руководство»).

31. Каструбин Э. М. Секреты исцеляющих программ: Практическое руководство по аудиотрансу, самогипнозу, гипнотерапии / Э. М. Каструбин. – М. : Деловой мир, 2004. – 352с.
32. Качанов Ю. Л. Проблема ситуационной и трансверсальной идентичности личности как агента (объекта) социальных отношений / Ю. Л. Качанов // Психология самосознания : хрестоматия / Ю. Л. Качанов. – Самара : БАХРАХ, 2000. – С. 613-623.
33. Кернберг О. Ф. Тяжёлые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / [пер. с англ. М. И. Завалова] / Гл.ред. Л. М. Кроль, науч.конс. серии Е. Л. Михайлова / Отто Ф. Кернберг. – М.: Класс, 2000. – 464 с. (Серия «Библиотека психологии и психотерапии»).
34. Климишин О. І. Психологія духовності особистості: християнсько-орієнтований підхід : монографія / О. І. Климишин. – Івано-Франківськ : Гостинець, 2010. – 440 с.
35. Климчук В. А. Тренинг внутренней мотивации / В. А. Климчук. – СПб.: Речь, 2015. – 76 с.
36. Климчук В. О. Внутрішня мотивація учбової діяльності молоді: теорія, методика, програма розвитку : Монографія / В. О. Климчук, В. В. Горбунова. – Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2014. – 110 с.
37. Козлов В.В. Работа с кризисной личностью / В. В. Козлов. – М.: Психотерапия, 2015. – 336 с.
38. Колодзин Б. Как жить после психологической травмы / Б. Колодзин. – М.: Шанс, 2012. – 231 с.
39. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості / В.М.Крайнюк. – К.: Ніка-Центр, 2017. – 431 с.
40. Крапивенский С. Э. Девальвация личности: причины и возможности коррекции [Электронный ресурс] // Философия и общество / С.Э.Крапивенский, Э. Фельдман. – 2004. №2. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/devalvatsiya-lichnosti-prichiny-i-vozmozhnosti-korreksii>
41. Майков В. Трансперсональная психология. Истоки, история, современное состояние / В. Майков, В. Козлов. – М. : АСТ, 2014. – 336 с.
42. Макадамс Д. П. Психология жизненных историй / Д. П. Макадамс // Методология и история психологии. – 2008. – № 3. – С. 135-166.
43. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе [пер.с англ. М.Глущенко, Н.Лохова, В.Сидорова, А.Шутков, К.Ягнюк] / Н.Мак-Вильямс. – М.: Класс, 2004. -480 с. (Серия «Библиотека психологии и психотерапии»)
44. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості / С. Д. Максименко. – К.: ТОВ «КММ», 2006. – 240 с.
45. Меновщиков В.Ю. Психологическая помощь в сети интернет [Электронный ресурс] / В.Ю. Меновщиков. – Режим доступа: <http://flogiston.ru/articles/netpsy>
46. Меновщиков В. Ю. Плюсы и минусы консультирования и психотерапии в сети Интернет / В. Ю. Меновщиков // Психология в вузе ежеквартальный научно-методический журнал. – М. : НПЦ «Технограф». – 2009. – № 2. – С.105-121.
47. Методы и техники практической психологии: Учеб. пособие: М. Е. Валиуллина, И. М. Городецкая, М. Ж. Гусманов и др. / Под общ. ред. Л. М. Попова и С. В. Петрушина. – 2-е изд., испр. и доп. – СПб. : Речь, 2007. – 224 с.
48. Морозов С. М. Основи суїцидології / С. М. Морозов, Т. В. Вашека. – К.: КНУ, 2012. – 243 с.
49. Моховиков А. Н. Телефонное консультирование / А.Н. Моховиков. – М. : Смысл, 2011. – 494 с.

50. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. Как давать и обретать душевное здоровье / Р. Мэй. – М. : Апрель Пресс; Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2011. – 256 с.
51. Мясичев В. Н. Психология отношений : избр. психол. тр. / В. Н. Мясичев ; под. ред. А.А. Бодалева. – М. : Модэк МПСИ, 2013. – 158 с.
52. Налчаджян А. А. Социально-психическая адаптация личности (формы, механизмы и стратегии) / А. А. Налчаджян. – Ереван: АН Армянской ССР, 1988. – 109с.
53. Наричын Н. Н. Роль интернета в работе современного психотерапевта : доклад [Электронный ресурс] / Н. Наричын // личный сайт «Доктор Наричын». – Режим доступа: <http://www.naritsyn.ru/dokl.htm>
54. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования / Р. Нельсон-Джоунс. – М. : Класс, 1994. – 133 с.
55. Никольская И. М. Психологическая защита у детей. / И.М. Никольская, Р.М.Грановская. – СПб.: Речь, 2010. – 352 с.
56. Осипова А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях/ А.А. Осипова – Изд. 2-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 315 с.
57. Панок В. Г. Психологія життєвого шляху особистості : монографія / В.Г. Панок, Г. В. Рудь. – К. : Ніка-Центр, 2006. – 280 с.
58. Психологічний тлумачний словник найсучасніших термінів / За ред. В.Б.Шапарь. – Харків : Прапор, 2009. – 672 с.
59. Психология индивидуальных различий / Под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В.Я.Романовой. – М.: АСТ, Астрель, 2008. – 720 с.
60. Психосоматика: телесность и культура / Под.ред. В. В.Николаевой. – М.: Академический проект, 2009. – 311 с.
61. Санникова О. П. Адаптивность личности : Монография / О.П.Санникова, О.В.Кузнецова. – Одесса, 2009. – 258 с.
62. С собой и без себя. Практика экзистенциально-аналитической психотерапии / Под ред. С.Кривцовой, А.Лэнгле. – М. : Генезис, 2009. – 288с.
63. Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия. Исцеление души и тела / Г.В. Старшенбаум. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2014. – 352 с. (Серия «Психологический практикум»).
64. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г. В. Старшенбаум. – М.: Когито-Центр, 2015. – 376 с.
65. Старшенбаум Г.В. Формы и методы кризисной психотерапии / Г. В. Старшенбаум. – М.: Класс, 2016. – 120 с.
66. Суїцидологія: Теорія, практика. Збірник наукових праць. – К.: КНУ ім.Т. Шевченка, 2017. – 247 с.
67. Татенко В. О. Соціальна психологія впливу : Монографія / В.О.Татенко. – К.: Міленіум, 2008. – 216 с.
68. Тиллих П. Мужество быть / [Электронный ресурс] / [пер. с нем. Т.И.Вевюрко] / Пауль Тиллих // Психологическая библиотека Киевского Фонда содействия развитию психической культуры. – Режим доступа: <http://www.psylib.org.ua/books/tillp01/index.htm>
69. Титаренко Т. М. Життєвий шлях особистості : у межах та за межами буденності : наук. видав. / Т. М. Титаренко. – К. : Либідь, 2003. – 376 с.
70. Уилбер К. Проект Атман. Трансперсональный взгляд на человеческое развитие / [пер. с англ. А. Киселев] / Кен Уилбер. – М. : АСТ, 2004. – 320 с. (Серия «Тексты трансперсональной психологии»).
71. Франкл В. Человек в поисках смысла / [пер. с англ., нем.] / Общ. ред. Л. Я. Гозмана, Д. А. Леонтьева / В. Франкл. – М.: , 2012. – 366 с. (Серия «Книга по требованию»).
72. Фрейд А. Защитные механизмы / Самосознание и защитные механизмы личности / А.Фрейд; под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: БАХРАХ-М, 2000. – С. 339-356.

73. Фрейд З. Лекция 17: Общая теория неврозов. Смысл симптомов // Введение в психоанализ / [пер. с нем. Г.В.Барышников] / Зигмунд Фрейд. – СПб. : Питер, 2008. – 384 с. (Серия «Золотой фонд психотерапии»).
74. Фрейд З. Тотем и табу / [пер. с нем. Моисей Вульф] / Зигмунд Фрейд. – М. : АСТ, Астрель, Полиграф, 2011. – 320с.
75. Фромм Э. Иметь или быть? Ради любви к жизни / [пер. с англ. Н. Войскунская, И. Каменкович, Е. Комарова, Е. Руднева, В. Сидорова, Е. Федина, М. Хорькова] / Эрих Фромм. – М.: Айрис-Пресс, 2004. – 384 с.
76. Фромм Э. Искусство быть / [пер. с англ. А. Александрова] / Эрих Фромм. – М. : АСТ, 2013. – 352 с. (Серия: «Новая философия»).
77. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности / [пер. с англ. Эмилия Телятникова] / Эрих Фромм. – М. : АСТ, 2014. – 624 с. (Серия «Новая философия»).
78. Фромм Э. Бегство от свободы / [пер. с англ. Г. Ф. Швейник] / Эрих Фромм. – М. : АСТ, 2014. – 288 с. (Серия «Новая философия»).
79. Фрэнкин Р. Мотивация поведения / [пер. с англ. В.Белоусов, А.Ракитина] / Роберт Фрэнкин. – СПб: Питер, 2003. – 652 с. (Серия «Мастера психологии»).
80. Шебанова В. І. З досвіду навчання методу аутогенного тренування / В.І. Шебанова // «Проблеми педагогіки і психології та їх роль в сучасному суспільстві»: зб. тез міжнародної науково-практичної конференції: (м.Харків, Україна, 25-26 жовтня 2013 року). – Харків: Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2013. – С. 95 – 99.
81. Шебанова В.І. Игротерапия при работе с детьми в задержкой психического развития / В. И. Шебанова // Наука и образование. Материалы Международного конгресса «Стрессы в повседневной жизни детей». – Одесса: Відродження, 2000. – С. 150 – 152.
82. Шебанова В.І. Обґрунтування проєктивного методу в дослідженнях агресії / В. І. Шебанова // Психологія: зб. наукових праць НПУ ім. Драгоманова. – випуск 3 (10). – К., 2000. – С. 58 – 66.
83. Шебанова В.І. Психологічна корекція агресії за рахунок активізації рівневих механізмів емоційної регуляції / В. І. Шебанова // Психологія: Збірник наукових праць. НПУ ім. Драгоманова, Випуск 12. – К., 2001. – С. 199 – 206.
84. Шебанова В.І. Розробка «опитувальника форм агресивного реагування» / В. І. Шебанова // Збірник наукових праць ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – К. – 2001. – т. III. – ч.8. – С. 243 – 249.
85. Шебанова В.І. Дослідження розбіжностей у соціальній поведінці між дітьми із затримкою психічного розвитку та дітьми норми / В. І. Шебанова // Вісник Київського університету. Серія: Соціологія. Психологія. Педагогіка. Випуск 11. – 2001. – С. 55 – 58.
86. Шебанова В.І. Дослідження тривожності в дітей молодшого шкільного віку / В. І. Шебанова // Педагогіка і психологія. – 2001. – № 2 (31). – С.108-118.
87. Шебанова В.І. Особливості комунікації і типу агресивного реагування молодших школярів / В. І. Шебанова // Педагогіка і психологія. – 2001. – № 3/4. – С.131 – 140
88. Шебанова В.І. Зниження агресії у дітей із затримкою психічного розвитку засобами ритміко-тілесних і релаксаційних вправ / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова // Психологія: Збірник наукових праць. – К.: НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2001. – Вип. 14. – С.251 – 258.
- Шебанова В.І. Приступы гнева и как их преодолеть / В. И. Шебанова // Журнал для батьків. – 2001. – №3-4. – С. 52 – 53 .
89. Шебанова В.І. Профилактика и коррекция агрессивного поведения у младших школьников с задержкой психического развития / В. И. Шебанова // Практична психологія та соціальна робота. – 2001. - №10. – С. 29 – 30.

90. Шебанова В.И. Профилактика и коррекция агрессивного поведения у младших школьников с задержкой психического развития / В. И. Шебанова // Практична психологія та соціальна робота. – 2002. - №1 – С. 6 – 21.
91. Шебанова В. И. Экспрес-діагностика агресивного типу реагування молодших школярів у ситуація фрустрації / В. И. Шебанова // Практична психологія та соціальна робота. – 2002. – №3.
92. Шебанова В.И. Проективный підхід до діагностування агресії / В. И. Шебанова // Творча спадщина Г.С. Костюка та сучасна психологія : матеріали III з'їзду психологів Товариства психологів України – К., 2000. – С. – 209.
93. Шебанова В.И. Соціальна поведінка у дітей із ЗПП / В. И. Шебанова // Проблема особистості в сучасній науці: Результати та перспективи досліджень: Тези доповідей Третьої Всеукраїнської конференції молодих науковців. – К.: КНУ ім.Т.Шевченка, - 2000. – С.235 – 238.
94. Шебанова В.И. Развитие психомоторики у детей с задержкой психического развития / В. И. Шебанова // Психология XXI века: Тезисы Международной межвузовской научно-практической студенческой конференции «Психология XXI века» - СПб.: Изд-во С.-Петербургского ун-та, 2001. – С. 381 – 383.
95. Шебанова В.И. Игра-драматизация как средство социальной адаптации детей с задержкой психического развития / В. И. Шебанова // Традиции и новаторство в современном образовании: Тезисы докладов Международной научно-практической студенческой конференции – Н.Новгород: НГПУ, 2001. – С. 57 – 58.
96. Шебанова В.И. Изучение родительского отношения к детям с задержками психического развития / В. И. Шебанова // Проблема особистості в сучасній науці: Результати та перспективи досліджень: Тези доповідей Четвертої Міжнародної конференції молодих науковців 26-28 вересня. – К.: КНУ ім.Т.Шевченка, – 2001. – С.103 – 105.
97. Шебанова В. И. Диагностика и коррекция агрессивного поведения младших школьников с нарушениями психического развития : дисс. на соискание ученой степени кандидата психологических наук по специальности 19.00.04 – медицинская психология; Киевский национальный университет имени Тараса Шевченко / В. И. Шебанова. – К., 2002. – 159 с.
98. Шебанова В.И. Діагностика та корекція агресивної поведінки молодших школярів з порушенням психічного розвитку : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук, спеціальність 19.00.04 - медична психологія ; Київський національний університет імені Тараса Шевченка / В. И. Шебанова. – 2002. – 18 с.
99. Шебанова В. И. Уявлення про захисні механізми в психотерапевтичних концепціях особистості / В. И. Шебанова // Актуальні проблеми практичної психології : зб. наукових праць. Частина I. – Херсон: ПП Вишемирський В.С. – 2010. – С. 455-459.
100. Шебанова В. И. Влияние телевидения на формирование духовно-нравственных ценностей личности (Начало) / В. И. Шебанова, С. Г. Шебанова // Практична психологія та соціальна робота. – 2010. – №10. – С. 66–70.
101. Шебанова В. И. Влияние телевидения на формирование духовно-нравственных ценностей личности (Окончание) / В. И. Шебанова, С. Г. Шебанова // Практична психологія та соціальна робота. – 2011. – №1. – С.38–44.
102. Шебанова В. И. Гендерные особенности пищевого поведения современных подростков / В. И. Шебанова, С. Г. Шебанова // Педагогическое сопровождение гендерного самоопределения личности: проблемы, опыт и перспективы социальных институтов : материалы Междунар. научно-практической конференции (19–20 октября 2010 г., г. Киров) / Под ред. Т. В. Маловой. – Киров: ВятГГУ, 2011. – С.125–129.

103. Шебанова В. І. Механізми психологічного захисту та копінгу (совладання) особистості : навчально-методичний посібник / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова. – Херсон : ХДУ, 2012. – 224 с. [Гриф МОНМС України (протокол № 1/11-2552 від 27.02.2012)]
104. Шебанова В. І. Психологічна реабілітація дітей, які зазнали насильства : навчально-методичний посібник / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова. – Херсон: ХДУ. – 2013. – 172 с.
105. Шебанова В. І. Вплив сім'ї на розвиток образу фізичного «я» особистості на різних етапах онтогенезу / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова // «Сучасні тенденції психологічного розвитку сім'ї» : зб. наук. праць міжнародної заочної науково-практичної конференції. – Частина I. – Херсон: ПП Вишемирський В.С., 2013. – С. 82–93.
106. Шебанова В. І. Влияние семьи на формирование расстройств пищевого поведения детей и подростков / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова // «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» : материалы V Международного конгресса (24–27 сентября 2013, Москва) / Под. ред. А. А. Северного, Ю. С. Шевченко. – М. : ООО ONEBOOK.RU, 2013 – С. 327–328.
107. Шебанова В. І. Вплив засобів масової інформації на формування гендерних стереотипів тіла / В. І. Шебанова // Соціально-психологічні проблеми гендерної стратифікації суспільства : матеріали XI науково-практичної конференції (з міжнародною участю) (18–19 квітня 2014 року, м. Луганськ). – Луганськ : СНУ ім. В. Даля, 2014. – С. 99–102.
108. Шебанова В. І. Авторська програма тренінга «Нормалізації харчової поведінки «вітрило мрії» / В. І. Шебанова // Практична психологія та соціальна робота. – 2014. – №10. – С. 40–59.
109. Шебанова В. І. Актуальність формування здоров'язберезувальної компетентності щодо харчової поведінки / В. І. Шебанова // Науковий вісник Херсонського державного університету : зб. наук. праць. Серія Психологічні науки / Гол. ред. О. Є. Блинова. – Херсон: Видавничий дім Гельветика, 2015. – Вип. 4. – С. 51–56.
110. Шебанова В. І. А. с. Анкета исследования особенностей пищевого поведения / В. І. Шебанова. – № 64424 від 10.03.2016. – К. : Державна служба інтелектуальної власності України.
111. Шебанова В. І. А. с. Анкета прикладного дослідження «Особливості самосприйняття свого тіла» / В. І. Шебанова. – № 64531 від 18.03.2016. – К. : Державна служба інтелектуальної власності України.
112. Шебанова В. І. Анкета прикладного дослідження «Батьківських переконань та тактик контролю харчової поведінки у ситуації приймання їжі / В. І. Шебанова– № 65092 від 26.04.2016. – К. : Державна служба інтелектуальної власності України.
113. Шебанова В. І. Вплив засобів масової інформації на формування гендерних стереотипів тіла / В. І. Шебанова // Соціально-психологічні проблеми гендерної стратифікації суспільства: матеріали XI науково-практичної конференції (з міжнародною участю), м. Луганськ, 18-19 квітня 2014 року. – Луганськ : СНУ ім. В. Даля, 2014. – С. 99–102.
114. Шебанова В. І. Вплив різноманітних форм харчового насильства на особливості суб'єктивної картини життєвого шляху / В. І. Шебанова // New Trends of Global scientific ideas 2016 : material of proceedings of the International scientific-practical congress of pedagogues, psychologists and medics the of 10ht of May, Geneva (Switzerland). – 2016. – pp. 158–161.
115. Шебанова В. І. Вплив травматичного тілесного досвіду на суб'єктивну картину життєвого шляху особистості (на прикладі вагітних з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблем харчової поведінки й деформацій ваги) / В. І. Шебанова // Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені

- Г. С. Костюка НАПН України / Ред. С. Д. Максименко. – Київ; Ніжин : ПП Лисенко, 2015. – Том XI. – Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Вип. 15. – С. 560–577.
116. Шебанова В. І. Вплив сім'ї на розвиток образу фізичного «я» особистості на різних етапах онтогенезу / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова // «Сучасні тенденції психологічного розвитку сім'ї» : зб. наук. праць міжнародної заочної науково-практичної конференції. – Частина I. – Херсон: ПП Вишемирський В.С., 2013. – С. 82 – 93.
117. Шебанова В. І. Границі тілесності як параметри психосоматичного функціонування / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова // Науковий вісник Херсонського державного університету: Зб. наук.праць. Серія Психологічні науки / Гол. ред. О.Є.Блинова. – Херсон: Видавничий дім Гельветика, 2013. – Вип. 1. – С. 85-88.
118. Шебанова В. І. Деформації харчової поведінки як ритуальна діяльність / В. І. Шебанова // Проблеми та перспективи розвитку науки на початку третього тисячоліття у країнах Європи та Азії : матеріали VII Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (29-30 листопада, 2014 р.) / Гол. ред. В. П. Коцур. – Переяслав-Хмельницький, 2014. – С. 220–223.
119. Шебанова В. І. Методика спрямованого ретроспективного аналізу на тему «мої відносини з їжею» (МТРА-їжа) / В. І. Шебанова // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені В. Даля / Гол. ред. кол. Н. Є. Завацька. – 2015. – 3(38) – С. 439–447.
120. Шебанова В. И. Возможность применения метафорических ассоциативных карт в коррекции нарушений пищевого поведения / В. И. Шебанова // Психология, экономика, право. – 2015. – № 1. – С. 47–62.
121. Шебанова В. І. Вплив проблемної харчової поведінки та її негативних наслідків на сприймання життя людиною / Л. Ф. Бурлачук, В. І. Шебанова // International Journal of Education & Development. Випуск 3. Психологічні науки / Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Українська асоціація психології освіти та розвитку – Co-publ. : Publishing office: Accent Graphics Communications – Hamilton, ON, 2016. – С. 19–29.
122. Шебанова В. І. Вплив різноманітних форм харчового насильства на особливості суб'єктивної картини життєвого шляху / В. І. Шебанова // New Trends of Global scientific ideas 2016 : material of proceedings of the International scientific-practical congress of pedagogues, psychologists and medics the of 10ht of May, Geneva (Switzerland). – 2016. – pp. 158–161.
123. Шебанова В. І. Вплив травматичного тілесного досвіду на суб'єктивну картину життєвого шляху особистості (на прикладі вагітних з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблем харчової поведінки й деформацій ваги) / В. І. Шебанова // Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / Ред. С. Д. Максименко. – Київ; Ніжин : ПП Лисенко, 2015. – Том XI. – Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Вип. 15. – С. 560–577.
124. Шебанова В. І. Ситуація харчового насильства як детермінація викривлення патернів харчової поведінки / В. І. Шебанова // Науковий вісник Херсонського державного університету: зб. наук.праць. Серія Психологічні науки / Гол. ред. О. Є. Блинова. – Херсон : Видавничий дім Гельветика, 2016. – Вип. 1. – Том 1. – С. 111–118.
125. Шебанова В. І. Фіксація стратегії переїдання та зростання ваги як наслідок трансформації внутрішньої картини життєдіяльності (Ч 1) / В. І. Шебанова // Науковий вісник Херсонського державного університету: зб. наук.праць. Серія Психологічні науки / Гол. ред. О. Є. Блинова. – Херсон: Видавничий дім Гельветика, 2015. – № 5.–С.84–89.

126. Шебанова В. І. Фіксація стратегії переїдання та зростання ваги як наслідок трансформації внутрішньої картини життєдіяльності (Ч 2) / В. І. Шебанова // Науковий вісник Херсонського державного університету: Зб. наук.праць. Серія Психологічні науки / Гол. ред. О. Є. Блинова. – Херсон: Видавничий дім Гельветика, 2015.–№ 6. – С.59–68.
127. Шебанова В. І. Формування здоров'язбережувальної компетентності щодо харчової поведінки як індивідуального ресурсу особистості / В. І. Шебанова // Науковий вісник Херсонського державного університету : зб. наук.праць. Серія Психологічні науки / Гол. ред. О. Є. Блинова. – Херсон: Видавничий дім Гельветика, 2015.–Вип. 3. – С. 91–97.
128. Шебанова В. І. Феноменологія харчової поведінки у континуумі «норма – патологія» : Монографія / В. І. Шебанова. – Херсон : ПП Вишемирський В.С., 2016. – 612 с.
129. Шебанова В. І. Тренінг нормалізації пищевого поведіння: Програма психологічного супроводження на пути к свободе от переядания. Практическое руководство / В. И. Шебанова. – Херсон : ПП Вишемирский В. С., 2014. – 394 с.
130. Шебанова В. І. Техники «сочинения стихов» в психокоррекции / В. І. Шебанова, Л. Ф. Бурлачук // Пензенский психологический вестник, 2017. – Вып. 1. – С. 2–36.
131. Шебанова В. І. Психологія харчової поведінки : дис. ... доктора психол. наук: 19.00.01 / В. І. Шебанова. – К.: Київський національний університет імені Тараса Шевченка, 2017. – 560 с.
132. Шебанова В. І. Застосування техніки «складання віршів» щодо нормалізації девіантної поведінки / В. І. Шебанова / Матеріали науково-практичного семінару для співробітників Південного міжрегіонального управління з питань виконання кримінальних покарань та пробації Міністерства юстиції України. – Херсон: видавництво ХДУ, 2017. – С. 41 – 43.
133. Шебанова В. І. Вплив телевізійного контенту на емоційну сферу студентської молоді «Медіатравма в умовах інформаційної війни: психологічний та педагогічний аспекти» / В. І. Шебанова / [Електронний ресурс] / Матеріали I Всеукраїнської наукової конференції (м. Київ, 20–21 червня 2017 р.) // mediaosvita.org.ua.– 2017 – Режим доступу до ресурсу:<http://mediaosvita.org.ua/book/shebanova-v-i-vplyv-televizijnogo-kontentu-na-emotsijnu-sferu-studentskoyi-molodi/>
134. Шерман Р. Структурированные техники семейной и супружеской терапии / [пер. с нем. Н. С. Холина] / Р. Шерман, Н. Фредман. – М.: Психотерапия, 2017. – 234 с.
135. Черепанова Е. М. Психологический стресс: помощи себе и ребенку / Е. М. Черепанова. – изд. 2-е. – М.: Академия, 2016. – 198 с.
136. Шебанова В. І. Метафоричні асоціативні карти у психокорекції харчової поведінки (Початок) / В.І. Шебанова // Практична психологія та соціальна робота. – 2014. – №6. – С. 37-47.
137. Шебанова В. І. Метафоричні асоціативні карти у психокорекції харчової поведінки (Закінчення) / В.І. Шебанова // Практична психологія та соціальна робота. – 2014. – №7. – С. 29-35.
138. Шебанова В. І. Техніка «сочинение стихов» в психокоррекции пищевого поведения / В. И. Шебанова // Практична психологія та соціальна робота. – 2014. – №8. – С. 8-17.
139. Шебанова В. І. Авторська програма тренінга «Нормалізації харчової поведінки «вітрито мрії» / В.І. Шебанова // Практична психологія та соціальна робота. – 2014. – №10. – С. 40-59.
140. Шебанова В.І. Тренінг нормалізації пищевого поведіння: Програма психологічного супроводження на пути к свободе от переядания. Практическое руководство / В.И. Шебанова. – Херсон: ПП Вишемирский В.С., 2014. – 394 с.

141. Шебанова В. І. Психологічна допомога дитині, що зазнала насильства : Навчально-методичний посібник / В. І. Шебанова. – Херсон: ПП Вишемирский В.С., 2017. – 252 с.
142. Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкас. – СПб.: Питер, 1999. – 656 с.
143. Эриксон М. Гипнотические реальности. Наведение клинического гипноза и формы косвенного внушения / [пер. с англ. М. Якушина] / Милтон Эриксон, Эрнест Л. Росси, Шейла Росси. – М. : Класс, 2010. – 352 с. (Серия «Библиотека психологии и психотерапии»).
144. Эриксон Э. Идентичность. Юность и кризис [пер. с англ. Алла Андреева, Анна Прихожан, Виктор Ривош, Наталия Толстых] / Э. Эриксон. – М.: Флинта, МПСИ, Прогресс, 2006. – 352 с. (Серия «Библиотека зарубежной психологии»).
145. Brian W. Flynn, Ed. D. Psychological Aspect of Terrorism. Speech given at the first Harvard Symposium on the Medical Consequences of Terrorism. Boston, Massachusetts, April, 24-25, 2006.
146. Robert I. Simon, M.D., Robert A. Blum, M.D. After the Terrorist Incident: Psychotherapeutic Treatment of Former Hostages. American Journal of Psychotherapy, Vol. XLI, No. 2, April, 2016.
147. Save the Children. The children's resilience programme psychosocial support in and out of schools. <http://pscentre.org/topics/childrens-resilience-programme> / The Social Context of Coping. Plenum Press. N.Y., 2016, 285 с.
148. Uri Yanay, Ph.D. (The Herbert University of Jerusalem) Victims of Terrorism: Is it a "Non-Issue?" Journal of Sociology & Social Welfare/ Vol. 4, 2017.
149. War Trauma Foundation and World Vision International (2010). Psychological First Aid Anthology of Resources. Downloadable from: www.interventionjournal.com/ and www.psychosocialnetwork.net/

Інформаційні ресурси

1. Белорусский центр кризисной психологии <http://bccp.bspu.unibel.by>
2. Психологическая помощь <http://www.psihologonline.ru>
3. Интернет ресурс «Психология от А до Я» - www.azps.ru
4. Интернет ресурс «Флогистон» - www.flogiston/ww
5. Экстремальная и кризисная психология <http://extrpsy.org.ua/>
6. Электронная библиотека «Куб» - www.koob.ru
7. Херсонський віртуальний університет – www.dls.ksu.kh.ua
8. American Trauma Society <http://www.amtrauma.org/>
9. Trauma Center at Justice Resource Institute <http://www.traumacenter.org/>
10. The International Trauma Healing Institute <http://www.traumainstitute.org/>
11. The Israel Center for the Treatment of Psychotrauma <http://traumaweb.org/>
12. TENTS Project Partners. The TENTS Guidelines for Psychosocial Care following Disasters and Major Incidents. Downloadable from <http://www.tentsproject.eu>
13. War Trauma Foundation and World Vision International (2010). Psychological First Aid Anthology of Resources. Downloadable from: www.interventionjournal.com
14. World Health Organization (2010). mhGAP Intervention Guide for Mental Health, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings. Geneva: WHO Mental Health Gap Action Programme. http://www.who.int/mental_health/mhgap
15. <http://www.psyua.com.ua/>
16. <http://psychotropinka.tut.su/ptsd.html>
17. <http://traumatherapy.com.ua/content/psihotravma-u-podrostkov-i-detey>
18. <http://www.padap.info/>
19. <http://www.psy-center.kiev.ua/library.html>
20. <http://wayofheart.ru/obrashhenie-samoubijcam.html>

МЕТОДИКА НАРАТИВНОГО ПСИХОЛОГІЧНОГО АНАЛІЗУ КРИЗОВИХ/ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ

(за В. І. Шебановою)

Методика запропонована для дослідження та психологічного аналізу травматичних подій, які відбулися у життєвому шляху людини. Дозволяє виявляти основні значущі події життя людини, її ставлення до них, основні емоції, думки та способи поведінки; ресурси подолання кризових/травматичних ситуацій та те, що утримує в ситуації, не дає можливості її «відпустити» і перешкоджає особистісному посттравматичному зростанню.

Події, що призводять до психічних травм, можна охарактеризувати як екстремальні, небуденні (це загроза життю, здоров'ю, страх понівечення тощо); вони справляють дуже потужний негативний вплив на психіку і вимагають від людини екстраординарних зусиль задля подолання їхніх наслідків та виживання. Серед подій можуть бути такі, що загрожують не тільки фізичному існуванню людини, а й такі, що обумовлюють порушення її уявлень про себе, інших, особистісні межі, міжособистісні стосунки тощо.

Можна виділити дві категорії травм **за рівнем ресурсу особистості** на момент травматичної події. Руйнівна сила психічної травми залежить від індивідуальної значущості травмуючої події для людини, рівня її психологічної стійкості до стресу та несприятливих подій, досвіду успіхів та поразок у подоланні перешкод, наявної підтримки та своєчасної допомоги. Здатність до ефективної протидії травматичній ситуації залежить від зовнішніх ресурсів, обумовлених культурою, а саме зв'язку людини з природою, від психологічної підтримки близьких людей та від внутрішніх ресурсів – комплексної системи особистісних якостей, таких як здатність до саморегуляції. Ресурс подолання наслідків психотравмуючих подій тим потужніший, чим більше людина впевнена в собі на момент травми, чим більшу вона має підтримку з боку інших, чим краще вміє виражати свої почуття.

Значна кількість людей, які пережили травматичні події, через кілька місяців долає їхні наслідки без допомоги спеціалістів. Душа, як і тіло, уміє гоїти рани та відновлювати ресурси. Психіка людини є системою, що самоорганізовується, перебуває в постійному розвитку, використовує можливості свого несвідомого.

Завданням терапії є трансформація травми, що вимагає мобілізації особистісних якостей та ресурсів, а також здатності управляти ними. Це те, що допомагає людині зберігати та підтримувати стійке відчуття себе і власної внутрішньої цілісності в травмуючих умовах. Ресурси є запорукою стійкості, упевненості в здатності подолати наслідки психотравмуючої події, основою адаптивних захисних реакцій.

Наше бачення роботи з травмою пов'язане з тим, що психічна травма завжди містить і великі ресурси розвитку особистості, насамперед ресурси подолання, які з'являються завдяки травматичному досвіду. На сьогодні в психотерапії розробляється новий напрям роботи з травмою, що ґрунтується на понятті **посттравматичного зростання**, або **розвитку**, яке визначається як переживання позитивних змін у результаті травматизації.

Можна виділити такі напрями позитивних змін, що відбуваються завдяки життєвим кризам: мобілізація прихованих можливостей особистості, що змінюють самовідчуття і допомагають людині відчувати стійкість у випадку зіткнення зі справжніми та потенційними життєвими негараздами; зміцнення значущих міжособистісних стосунків завдяки травматичним подіям; отримання екзистенційного досвіду, пов'язаного зі змінами в життєвій філософії людини, трансформація пріоритетів і цінностей з погляду теперішнього та майбутнього. Подолавши психічну травму, людина усвідомлює цінність

життя та міжособистісних стосунків, відчуває зростання власної сили, збагачення духовної та екзистенційної складових життя. Р. Г. Тедеші і Л. Г. Калхоун розглядають посттравматичне зростання не як статичний результат травми, а як безперервний процес, що збагачує життєву історію – наратив особистості.

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

Отже, відповідно до моделі посттравматичного зростання ми розглядаємо терапевтичне втручання саме як сприяння зростанню, а не лише як полегшення страждань, що суттєво відрізняється від традиційного підходу. Увага сфокусована на допомозі людині в розвитку та перебудові когнітивних структур, у які вписуються нові значення і смисли страждань та подій.

Авторська методика призначена для студентів психологічної спеціальності, а також для кризових психологів, практикуючих психологів, соціальних працівників.

Крок 1. У першому стовпчику таблиці А.1 перерахуйте Всі значущі події Вашого життя (події, які мали на Вас вплив, після чого Ви або Ваше життя змінилися). Це можуть бути будь-які всі події Вашого життя як ті, згадуючи які, Ви відчуваєте щастя, радість, задоволення, любов..., про які Вам приємно згадувати, і хочеться ділитися ними з Іншими; так і ті, згадуючи які, Ви відчуваєте біль, тугу, образ, гнів, сором..., про які Ви бажали б нікому не казати й не згадувати, і взагалі, Вам здається, що краще б їх ніколи б не було у Вашому житті...

Крок 2. У другому стовпчику таблиці А.1 оцініть виокремлені Вами події за шкалою від -5 до +5 (де -5 -) надавши оцінку з позиції того часу, коли ця подія відбулася (тобто як ви оцінювали цю подію тоді, коли вона відбулася у Вашому житті), і ви оцінюєте її вплив з позиції сьогодення.

Крок 3. У третьому стовпчику таблиці А.1 проаналізуєте усі події з первісним негативним навантаженням за наступною схемою:

1. Почуття, які ви відчували тоді, коли ця подія відбувалася у Вашому житті?
2. Ваші думки, тобто про що думали, тоді, коли ця подія відбувалася?
3. Що робили тоді, коли ця подія відбувалася?
4. Почуття, які ви відчуваєте до цієї ситуації/людині зараз?
5. Про що думаєте, коли згадуєте про ту ситуацію/людину зараз?
6. Що хочеться зробити стосовно цієї ситуації/людині зараз?
7. Що допомогло змінити Ваше відношення до події/людини (якщо оцінка змінилася з «-» на «+»)?
8. Що заважає зміні Вашого відношення до події/людині (утримує в ситуації, якщо оцінка не змінилася з «-» на «+»)?

Таблиця А. 1

Аналіз кризових/травматичних подій

1	2		3
Значущі події у Вашому житті	Оцінка подій		Аналіз подій
	На той час	На сьогодні	Див. схему кроку 3

Автор

Шебанова В.І.

Список використаних джерел:

1. *Tedeschi R. G.* Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence / *Tedeschi R. G., & Calhoun L. G.* // *Psychological Inquiry*. - Vol. 15. - 2004. - P. 1-18.

РАНЖУВАННЯ КРИЗОВИХ ПОДІЙ

У кризовій психології виокремлюють різні переліки зовнішніх стимулів (подій), які часто призводять до кризових станів.

1. Спробуйте спочатку доповнити цей список іншими кризовими подіями.

2. Потім поранжуйте всі позиції у відношенні того, що в максимальному ступені могло б торкнутися й «вибити Вас із колії».

3. Проаналізуйте, чи виявилися ваші доповнення на перших або останніх рангових місцях? чи Чи багато зробили доповнень? Чим ви це можете пояснити?

- Кризові події:
- Смерть родички.
- Смерть близьких людей, друзів.
- Пограбування на вулиці.
- Пограбування квартири.
- Втрата власності, великих сум грошей.
- Стихійне лихо, що призвело до втрати власності.
- Публічне приниження.
- Згвалтування.
- Зрада коханого (коханої).
- Зненацька низька оцінка на іспиті.
- Вимушена тривала (більше 6 місяців) розлука з коханим (коханою) внаслідок незалежних причин (відрадження, робота вдалині від дому, т.п.).
- Розлучення з коханим (коханою) з його (її) ініціативи (причину чітко не знаєте).
- Розлучення з коханим (коханою) з його (її) ініціативи (причину знаєте).
- Розлучення з коханим (коханою) з вашої ініціативи.
- Розлучення.
- Вимушена зміна місця проживання.
- Дорожня катастрофа.
- Фізичне каліцтво.
- Тяжка (невиліковна) хвороба у Вас.
- Тяжка (невиліковна) хвороба у родича.
- Тяжка (невиліковна) хвороба у друга.
- Старіння.
- Різке погіршення матеріального становища.
- Участь у бойових діях.
- Провал на іспиті.
- Втрата роботи

СХЕМА НАРАТИВНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО АНАЛІЗУ КРИЗОВОЇ ПОДІЇ

Абстрактне знання про кризу не має особливої цінності. Корисніше обміркувати всі ці ідеї у зв'язку з реальними прикладами й краще аналізуючи Власне життя. Виконаєте наступну вправу. Вам буде необхідні папір, ручка і вільний час.

Пригадайте кризову подію, яка відбулася у Вашому житті у недалекому минулому. Для того щоб з'ясувати природу кризової події, яку ви аналізуєте, запишіть, будь ласка, відповіді на наступні запитання.

• Яка подія або ускладнення викликало кризу? Опишіть, що відбулося. Чи були будь-які обставини, які ускладнили переживання даної події саме у той період часу? Опишіть загальний стан справ на той час, коли трапилася криза.

• Чи була криза несподіваною? Чи були якісь попереджувальні знаки, що вказували на те, що події розвиваються до гіршого? Споглядаючи у минуле надайте відповідь: «Чи була у вас якась можливість запобігти кризі?».

• Коли кризова подія трапилася, якою мірою ви могли контролювати розвиток подій? Вертаючись до минулого, позначте, наскільки реалістичною була ваша оцінка того, що відбувається.

• У якому ступені змінився ваш звичний спосіб життя в результаті кризи? Відзначте будь-які порушення звичних стереотипів поведінки під час роботи, відпочинку, сну, пробудження й зустрічей з різними людьми.

• Які почуття Ви відчували під час переживання кризи?

• Чи уявляли Ви відразу вихід із кризової події? Яким ви уявляли вихід із ситуації на той період часу? Чи уявляли Ви, що може відбуватися у Вашому майбутньому? Якщо ні, то чому?

• Чи була пов'язана криза з будь-якою особистісною втратою? Якщо так, то що це була за втрата (смерть коханої людини чи родича, втрата значущого ідеалу, статусу, незалежності, тілесних функцій)? Опишіть, що значила ця втрата для вас.

• Чи була у кризовій події будь-яка погроза або небезпека? Якщо так, то яка?

• Чи супроводжувалася криза вашим приниженням? Спробуйте пояснити, що саме ви вважали принизливим для себе.

• Чи супроводжувалася криза будь-яким неприємним відкриттям для вас, тобто виявленням чогось прикрого, про що ви до того не підозрювали?

• Чи відбувалися у Вашому житті подібні події раніше? Якщо «так», то як Ви їх долали? Чи можливо щось з того досвіду застосувати зараз?

• Що ще можна зробити задля вирішення цієї кризової події? Задля зниження Вашого напруження? Задля поліпшення Вашого стану?

• Що з того, що Ви перелічили Ви можете зробити вже сьогодні? (вказіть три конкретні дії).

• Які у тих діях які Ви перерахували є хоч якась деструкція (завдання шкоди собі/іншим особам/предметам), то поміркуйте, коли Ви це зробите, що наступне потім?... А що буде потім?... А потім?... Так чи варто це робити?... Пропонуємо знайти, чим можна було б замінити цю деструктивну дію.

• Споглядаючи у минуле, чи можете ви визначити, чи було у вашій кризовій події будь-яке приховане звертання до вас? На що у вашому житті завдяки кризовій події у Вас «відкрилися» очі?

• Як Ви міркуєте, для «Чого?» у Вашому житті відбулася ця подія?

• Який досвід Ви отримали в цій ситуації та/або завдяки тій людині, що пов'язана з цією ситуацією?

• За що Ви можете подякувати кризовій події або людині, яка з нею пов'язана?

**ПРОЯВИ ЗАГАЛЬНИХ ОЗНАК СТРЕСУ ЧИ
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У
ДІТЕЙ, ЯКІ ВИЗНАЧАЮТЬСЯ МЕТОДОМ
СПОСТЕРЕЖЕННЯ**

(шляхом спілкування з батьками та педагогами):

- Загострені емоції: агресивні реакції, тривожні прояви;
- Посилення страхів, поява випадкових страхів, яких раніше не було;
- Регрес – повернення на ранні форми прояву поведінки (поява потреби у допомозі батьків для виконання чогось, якої не потрібно було раніше);
- Відмова від їжі, порушення сну;
- Підвищена активність або навпаки замкненість, пасивність (у залежності від типу НС);
- Послаблення імунітету, загострення хронічних хвороб;
- Постійний пошук самовираження через конфлікти з однолітками, незадоволення.

Нижче представлені *поширені ознаки стресу в різних вікових групах:*

Ознаки стресу у дітей та підлітків		
Діти ясельного та дошкільного віку	Діти молодшого шкільного віку	Діти 10-12 років і підлітки
Злість	Недовірливість	Злість
Тривога	Скарги щодо головних болів і болів у животі	Втрата ілюзій
Проблеми з харчуванням і сном, включаючи нічні кошмари	Почуття, що тебе не люблять	Недовіра до всього світу
Страх самотності	Відсутність апетиту	Низька самооцінка
Дратівливість	Проблеми зі сном	Головні болі та болі в шлунку
Повернення до дитячої поведінки	Потреба часто ходити в туалет	Бунтарська поведінка
Тремтіння від страху	Байдуже ставлення до школи та до дружби	
Неконтрольований плач	Переживання відносно майбутнього	
Аутизм	Аутизм	

«ЯК ЖИТИ ПІСЛЯ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ»

(Б. Колодзин скорочено)

Більшості ветеранів в'єтнамської війни притаманні одні й ті ж порушення внутрішньої рівноваги. Цей особливий комплекс психологічних проблем отримав назву «синдром посттравматичного стресу». Проте автору цей термін не подобається, адже під «синдромом» мають на увазі болісні відхилення, у той час як особливості поведінки, продиктовані посттравматичним стресом, не завжди можна розглядати як хворобу.

Саме через це я буду відкидати першу літеру «С» (у назві СПС) і говорити не про «синдром», а про саме явище посттравматичного стресу. Я хочу привернути увагу до особистості людини, яка пережила важке душевне потрясіння, а не просто до болісних симптомів.

Оскільки в'єтнамські ветерани опинились у виняткових за сучасними американськими критеріями умовах, для виживання у них їм потрібні були такі навички та способи поведінки, які не можна вважати нормальними та загальноприйнятими у мирному житті. Багато з цих стереотипів поведінки, потрібних тільки для бойової обстановки, так глибоко пустили корені, що продовжують виявлятися навіть через багато років.

Говорячи про посттравматичний стрес, ми маємо на увазі, що людина пережила одну або кілька травмуючих подій, які глибоко поранили її психіку. Ці події так сильно відрізняються від усього минулого досвіду або спричинили настільки сильні страждання, що людина відповіла на них бурхливою негативною реакцією. Нормальна психіка за таких умов прагне пом'якшити дискомфорт: людина, що пережила подібну реакцію, докорінним чином змінює власне ставлення до навколишнього світу, щоб жити стало хоч на ненабагато легше.

Подібно до того, як ми набуваємо імунітету до певної хвороби, наша психіка виробляє особливий імунітет до болісних переживань. Наприклад, людина, яка пережила трагічну втрату близьких, надалі підсвідомо уникатиме встановлювати з кимось тісний емоційний контакт. Якщо людині здається, що у критичній ситуації вона повелася безвідповідально, потім їй буде важко брати на себе відповідальність за когось або щось.

За розповідями багатьох ветеранів, повернення додому було не менш, а то й більш важким, ніж воєнні переживання: ні з ким було щиро поговорити, ніде було відчутти повну безпеку, і легше було придушувати емоції, ніж дозволити їм вийти назовні, з ризиком втратити контроль. Коли людина не має можливості розрядити внутрішнє напруження, її тіло та психіка знаходять якийсь спосіб пристосуватись до цього напруження.

Найважливіше, що потрібно знати про посттравматичний стрес: навіть після довгих років сум'яття, страху та депресії можна знову знайти душевну рівновагу, якщо поставити перед собою таку мету та йти до неї. Навчившись розпізнавати наслідки пережитих екстремальних обставин, люди розуміють, що вони повністю нормальні, що болісні явища – природний результат важких подій у минулому. Таке розуміння дає внутрішню рівновагу та прийняття того, що відбулось у житті, примирення із самим собою.

Зцілення і полягає саме в тому, щоб примиритись із самим собою, побачити себе таким, який ти є насправді, внести зміни до свого життя і діяти не супроти власної індивідуальності, а в союзі з нею. Змінити минуле ми не спроможні: його не зробиш ні прекраснішим, ні потворнішим, але наші теперішні почуття, наші уявлення щодо себе, минулого, щодо того, який сенс міститься у ньому, – можуть стати іншими.

Процес зцілення, між іншим, включає і зміну поведінки. Складність полягає в тому, що нездорових звичок (наприклад, зловживання алкоголем) людина набуває, коли прагне приховати щось інше, що дуже бентежить її. Я називаю це «рефлексом пригнічення», його можна часто спостерігати у поведінці людей, які пережили травму.

Рефлекс пригнічення заганяє їхні почуття глибоко всередину – туди, де емоційний вплив відчувається із меншою інтенсивністю. Це, як правило, супроводжується постійним напруженням м'язів тіла. У міру того, як людина звикає придушувати у собі негативні почуття (гнів, ненависть, лють, підозрілість), вона водночас втрачає спроможність відчувати позитивні емоції (любов, доброту, доброзичливість, довіру). А саме позитивні переживання – до себе, до оточуючих, до життя – дають людині бажання та сили змінити щось у собі та обставинах свого життя.

У більшості американських ветеранів, які намагаються адаптуватись, привчити себе до «нормальної» поведінки, головні труднощі виникають, коли їм як лікування пропонують просто забути минуле. Такий шлях не приводить до цілісності. Справжнє зцілення відбувається тоді, коли ми приймаємо і поважаємо все, що дізнались на життєвому шляху, та користуємося цими знаннями.

Як розпізнати страх... У багатьох психологічних дослідженнях описано так званий «феномен Джона Узіна». Цей кіноактор, який виконував ролі суперменів у фільмах-бойовиках, став прикладом для наслідування і кумиром хлопчиків 1950-1960 років. Кіногерой Джона Узіна не був схильний обговорювати свої почуття та переживання. Зустрічаючи небезпеку, він був твердий та безстрашний. Він умів зберігати холонокровність у будь-якій ситуації, боротьба за справедливість для нього важливіша за власне життя. У глядача створюється враження, що Узін зовсім нічого не боїться, або його роблять невразливим для почуття страху непохитна твердість та жага справедливості. Заради схожості на кумира ми повинні були так само добре переборювати страх або хоча б робити вигляд, що нам це вдається.

Отже, із дорослішанням ми вчилися брехати та прикидатись перед самими собою, щоб замаскувати почуття страху... Чоловікам не варто боятись, це притаманно тільки боягузам – говорили нам не один раз. Коли чоловік боїться, він змушений якимось видозмінювати цей страх, щоб приховати його. Таким чином, у більшості американців виробився поведінковий механізм заперечення своїх глибинних страхів. Ми всі чогось боїмось, проте відмовляємось називати це почуття страхом і змушені відшукувати для нього якусь іншу підходящу назву.

Якщо ви все ще перебуваєте під владою травмуючої події, яка відбулась у вашому житті, на шляху до зцілення вам доведеться, перш за все, чесно розібратись у тому, що так сильно налякало вас, що безпосередньо погрожувало вашому життю. Тільки після цього ви зможете внести конструктивні зміни до свого життя, щоб воно стало більш плідним та осмисленим.

«Моральний кодекс Джона Узіна», який існує у суспільстві, не дає чесно визнати свій страх – ось чому багато чоловіків, які страждають на багаторічний посттравматичний страх, не можуть об'єктивно поглянути на те, що заважає їм спокійно жити. Ми не дозволяємо собі пхикати – адже це не мужньо.

Розглянемо, яким чином почуття страху впливає на наш організм. Існує механізм, який отримав назву «бий або біжи». Тільки-но організм сприймає сигнал небезпеки, як відбувається ціла низка фізіологічних та біохімічних змін: прискорюється серцебиття та дихання, підвищується рівень напруги м'язів, змінюється склад крові та інших рідких середовищ нашого організму. Увесь цей комплекс реакцій і називається рефлексом «бий або біжи».

Головний результат усіх цих процесів, які стрімко відбуваються – стрибкоподібне підвищення кількості енергії, яку ми могли б використати, зустрівшись із небезпекою. Чим більша загроза, тим різкіший стрибок, тим більшу кількість енергії ми отримуємо. Цей рефлекс сформувався у людини за довгі роки еволюції та не раз допомагав їй.

Один із недоліків рефлексу «бий або біжи» є те, що він не відрізняє реальної загрози від удаваної. Кожного разу, коли нам ввижається небезпека (навіть якщо ситуація сприйнята нами неправильно), мозок надсилає організму відповідний наказ і все відбувається точно таким же чином, як і у випадку реальної загрози. Отже, чим частіше оточення здається нам ворожим, тим більше часу наш організм перебуває у стані «бий або біжи».

Судячи з розповідей моїх пацієнтів, у В'єтнамі небезпека переслідувала їх завжди і всюди. Довго не було можливості розслабитись, відпочити, відчутти себе у безпеці. У ситуації такого роду рефлекс «бий або біжи» спрацьовує значно частіше, ніж удома, у «нормальних» умовах. У людей, які перебувають у районі бойових дій, інколи цілими днями не виключався внутрішній сигнал тривоги. Надмірна сторожкість, пильне очікування на небезпеку, а отже, збуджений стан нервової системи та високий рівень адреналіну у крові були, згідно із словами багатьох ветеранів, справою скоріше буденною, ніж винятковою. Якщо рефлекс «бий або біжи» добре натренований через те, що в минулому часто використовувався, він і в мирній обстановці буде включатись із легкістю, причому нерідко без відома самої людини. Тому в процес лікування входить розпізнання ознак, за якими можна визначити момент активації цього рефлексу.

Спробуємо прослідкувати, які зміни притаманні вашому організму у цей момент. Отримавши сигнал тривоги, починає сильно битись серце та прискорюється дихання. М'язи напружуються – ви можете помітити це через напругу у плечах, у нижній щелепі. Міцно стиснені зуби, підняті плечі, які не опускаються при видиху, поверхнєве дихання, неспроможність глибоко вдихнути та видихнути – все це ознаки сильного м'язового напруження. Прийнятий наказ забороняє розслабитись.

Спостерігаючи зміни в організмі, ви навчитесь успішніше помічати реакції такого роду, і з часом розпізнавати їх на самому початку, у момент виникнення. На цьому етапі їх легше всього приборкати.

Якщо ви не знаєте, що відбувається, коли ви починаєте нервувати, потрібно негайно це з'ясувати. Пройдіть у думках увесь свій організм та проведіть своєрідну ревізію. Запитайте себе: як відчувається кожна частина тіла, коли ви відчуваєте стрес? Якими стають пальці ніг – гарячими, холодними або онімілими? Як поводяться гомілки, щиколотки, стегна, сідниці, статеві органи, шлунок, черевна порожнина, боки, попереk, шия, лоб? Проведіть таку «ревізію» хоча б одного разу в спокійному стані і одного разу у стані нервової напруги.

Що стосується мислення, то і тут можна навчитись розпізнавати свої «параноїдальні» ідеї, тобто страхи та побоювання, невиправдані з погляду реальних обставин... Оразу ж, як тільки відчуєте, що внутрішньо напружуєтесь та приходите у стан «бойової готовності», поставте собі запитання (воно дозволить поглянути на ситуацію дещо відсторонено та оцінити реальну небезпеку): «Чи погрожує щось моєму життю?». У такий спосіб ви виграєте час для того, щоб проаналізувати обстановку та зрозуміти, що це не є ситуація виживання. Таким чином ви навчитесь стримувати свої бойові рефлекси, коли вони недоречні. Крім того, в такий спосіб ви перевіряєте реальність своїх страхів, встановлюєте, які з них є «маніакальними», необґрунтованими.

Існує зв'язок між страхом та гнівом. У тих сферах вашого життя, де часто присутній гнів, спочатку відбулось щось жахливе, що сильно налякало вас. Звичайно, відчувати щирий гнів у хвилину реальної загрози природно і цілком нормально. Проте інколи ми відчуваємось під загрозою з причини необґрунтованих страхів, і при цьому вдавана небезпека може розлютити нас зовсім не менше, ніж реальна.

Отже, якщо ви дуже часто відчуваєте гнів та хотіли б відчувати його рідше, раджу вам ближче познайомитися з тими явищами, які лякають вас і тим самим провокують почуття гніву. При цьому зміниться фокус вашого сприйняття ситуації: ваша увага буде спрямована не на того, хто вимусив вас розлютитись, а на те, в який спосіб ваш власний рефлекс «бий або біжи» спрацював у відповідь на щось жахливе. Навряд чи у вас колись з'явиться можливість керувати діями інших людей, проте ви можете навчитись брати під контроль вашу власну реакцію на те, що відбувається.

Як правило, новобранця спочатку піддають серйозним випробуванням, щоб викликати у нього тривалий стан утоми та безпорадності, які викликають почуття страху. Після того, як молодого бійця навчають підкорюватись наказам, йому передають знання, що дозволяють знову відчутти себе впевнено, навчають володіння різними бойовими навичками. Його навчають керувати своїм тілом та думками, пристосовуватись до обставин, спрямовано використовувати власну силу тощо. На наочних прикладах новобранець засвоює один дуже важливий аспект поведінки: що робити, коли стає

страшно. При цьому йому вказують на еталон «гарного солдата», який реагує на небезпеку у певний спосіб. По суті справи, солдата навчають відповідати на власне почуття страху агресивною поведінкою. При достатньому тренуванні ця навичка доводиться до автоматизму: людина реагує, не замислюючись і навіть не усвідомлюючи, що її налякало. Саме цей гнів багато ветеранів вважають головною причиною своїх життєвих труднощів: «Не знаю, звідки він у мене», «на мене раптом щось найшло», «інколи це відбувається без усіякої причини».

Коли вас охоплює гнів, причина цьому існує завжди, проте вона може бути прихована. Якщо протягом кількох років ви розвивали у собі цей рефлекс, у вас у крові, напевно, підвищений рівень норадреналіну (гормона, пов'язаного із почуттям гніву), і через нього вам притаманно інколи проявляти безпричинну агресивність.

Як знайти внутрішню рівновагу. Рівновага не полягає у тому, щоб сильніше напружитись або розслабитись, проте включає здатність підтримувати саме такий стан, який необхідний для конкретної діяльності, якою б вона не була. Щоб знайти внутрішню рівновагу, вам потрібно буде знайти той стан, у який ви будете повертатись кожного разу, щоб ефективно виконувати свої завдання. Простіше кажучи, знайти внутрішню рівновагу – це зайняти таку позицію, щоб вас нелегко було «збити з ніг», незважаючи на життєві складнощі.

Розглядаючи проблеми в'єтнамських ветеранів із позиції цього уявлення щодо рівноваги, я виявив, що одне з найбільш поширених постстресових виявів – високий рівень м'язової напруги та пов'язані з нею болісні явища: кольки, спазми, головні болі тощо. За допомогою електроміографічного обладнання я не раз переконувався, що багато пацієнтів, у яких зберігається високий рівень м'язової напруги у певних м'язових групах, самі не усвідомлюють, що ці м'язи постійно напружені. Справа в тому, що ці м'язи перебували у стані напруги тривалий час – настільки довго, що пацієнт забув, як вони почувались, коли були розслаблені.

Траплялося, що пацієнти, яких навчили розслабляти м'язи за допомогою апаратури, спочатку відчували дискомфорт, для них було звичною напруга. Проте час і практика приносять свої результати: стан розслабленості стає звичним і приємним...

Припустимо, наприклад, що у вас бувають головні болі, спричинені перенапругою. Спочатку зрозуміло одне: голова болить, і єдине бажання – позбавитись болю. Проте засвоївши на практиці деякі методи досягнення рівноваги, ви зрозумієте, що болі виникають тільки при накопиченні стресової напруги. Це означає, що при стресі ви активно напружуєте певні м'язи, що, в свою чергу, ускладнює кровообіг та спричинює головний біль.

Якщо вам відомо, що відбувається в організмі до того, як ви відчуваєте біль, то ви побачите завдання не в тому, щоб скоріше затамувати больове відчуття, а в тому, щоб опанувати стрес, реакцією на який і є ваш головний біль. У деяких випадках перейти від стресу до внутрішньої рівноваги можна, тільки навчившись розслабляти певні м'язові групи. Які саме м'язи варто розслабити, залежить від вашого індивідуального рисунка м'язової напруги. Навчаючи цього методу своїх пацієнтів, я користувався електроміографічним обладнанням. За його допомогою пацієнт може сам переконатись, наскільки ефективно його м'язи реагують на команду розслабитись.

Така ж стратегія може бути вжита стосовно ваших думок. Якщо вам притаманні «нав'язливі ідеї», продиктовані необґрунтованим страхом, вони, вірогідно, змушують вас напружуватись так само сильно, як у тому випадку, коли вам щось насправді загрожувало. Тому, говорячи про виховання рівноваги, ми говоримо, зокрема, і про образ мислення, вільний від нав'язливого необґрунтованого страху... *(опис прогресивної м'язової релаксації, поєднаної з візуалізацією процесів у організмі)*...

Зазвичай я рекомендую моїм пацієнтам розслабляти у такий спосіб протягом 10 днів тричі на день. Це мінімальний термін, якого людина потребує, щоб дізнатись, чи допоможе їй ця справа.

Спілкуватись так, щоб тебе розуміли. Тривале перебування в обстановці, сповненій небезпеки та безперервної боротьби за виживання, формує у людини звичку приховувати від співбесідника інформацію не тільки в екстремальних умовах, коли від цього залежить

життя, а й у звичайній буденній ситуації. Така звичка часто породжує стресові ситуації, адже є нерозривний зв'язок між відсутністю чіткої інформації та проявом почуття страху.

Якщо вам, наприклад, поставили пряме питання, а ви дали на нього дуже туманну відповідь, вашому співбесіднику може здатись, що ви не довіряєте йому, щось приховуєте або не хочете ділитись тим, що вам відомо. Ваш співбесідник, скоріш за все, не здогадується про реальні причини недовіреності. Його інтерпретація не має нічого спільного з вашими справжніми намірами. У цієї людини свої проблеми, сумніви, страхи, можливо, вона не впевнена у собі. Коли ви уникнули прямої відповіді на запитання з незрозумілої співбесіднику причини, він лякається. Його тривожність може відбитись і на вас, і в результаті ви віддалитесь один від одного з однієї єдиної причини – невміння викладати свої думки ясно та правдиво.

Людям, які страждають на посттравматичний стрес, може бути важко давати про себе правдиву, щирі інформацію. Про деякі болісні симптоми (наприклад, про нічні кошмари або нав'язливі спогади, пов'язані з трагічними подіями минулого) людина просто не бажає ні з ким розмовляти. Якщо це знайомо і вам, то ви або внутрішньо не готові до розмови на ці теми, або не бажаєте ділити свої проблеми з оточуючими, або в вас працює несвідома звичка, описана вище, – приховувати інформацію.

Коли така потайливість присутня у стосунках із близькими людьми, які добре знають, як ви розмовляєте та виглядаєте, коли все гаразд, ваша брехня не спрацює. Здогадуючись, що вас щось засмучує, близькі вирішать, що це відбувається з їх провини. Коли у відповідь на запитання: «Що з тобою?» вони чують: «Все гаразд!» і водночас бачать, що це неправда, то починають шукати причину вашого стану у власних вчинках.

Повідомляти про себе правдиву інформацію не завжди легко. Інколи ми маємо твердий намір сказати всю правду, але у нас нічого не виходить, і справа ще більше заплутується. Щоб досягнути повної ясності, важливо не тільки щиро виражати свої думки та почуття, а й перевіряти, чи отримав співбесідник те повідомлення, яке ви йому передавали. Іншими словами, потрібно з'ясувати, чи розмовляєте ви спільною мовою. Час від часу ставте йому запитання, щоб дізнатись, чи настроєний він на вашу хвилю.

Інколи неясність спілкування буває свідомою. Як приклад я навів би так званий рефлекс «я не знаю». Він виявляється, коли ми роздратовані або з якоїсь причини не бажаємо підтримувати розмову. Цей стиль спілкування можна назвати пасивно-агресивним; він демонструє, що ми можемо бути агресивні, навіть якщо зовні виглядаємо мирно.

Не відповідати на питання, вдаючи, що не знаєш відповіді, – це спосіб поставити себе у більш вигідне становище, ніж співбесідник, позбавити його впевненості. Якою б словесною формою не була наділена відмова (а варіантів може бути велика кількість), такий вид спілкування може бути вкрай агресивним з причини дуже викривленого комунікативного змісту. Стиль «я не знаю» – це спосіб уникнути спілкування, і водночас не брати на себе відповідальності за відмову від спілкування. Ваш співбесідник почувається невпевнено, його може налякати ваше незрозуміле небажання відповідати на запитання.

Вам буде легше добитися взаєморозуміння з оточуючими, якщо ви засвоїте, що несете відповідальність за кожне своє висловлювання. Не забувайте, що мовчання – також своєрідне висловлювання. У який би спосіб ви б не відповіли на запитання – повністю або частково, або зіслалися на незнання – це завжди вміщує повністю конкретний комунікативний зміст.

У тих випадках спілкування, коли для вас має особливе значення близькість та взаємна довіра, пам'ятайте, що викривлена інформація породжує страх, а щире та зрозуміле пояснення його розсіює. Якщо оточуючі не розуміють вас, перевірте, чи вмієте ви спілкуватись. Усіляка напруга у стосунках щонайменше наполовину зумовлена не справжніми розбіжностями у поглядах, а тим, що співбесідники розмовляють, не розуміючи один одного.

Одна із сфер спілкування, де найчастіше виникають стресові реакції, – це вираження критики та схвалювання. Якщо стиль спілкування вироблявся у вас в

екстремальній ситуації, то ви, скоріш за все, тяжієте до чогось одного, вірогідно, вам буде легше критикувати, ніж хвалити.

Якщо вам здається, що хтось поводить неправильно, то з погляду виживання ви, лаючи цю людину, проявляєте турботу про неї: адже неправильна поведінка може призвести до її загибелі. Так виробляється звичка завжди висловлювати свої критичні зауваження, не приховуючи їх, коли людина поводиться «не так, як потрібно». Але якщо в схожій ситуації люди поведуться «так, як потрібно», тобто роблять усе, що від них залежить, щоб не загинути, тоді, згідно з вашою думкою, у спілкуванні немає потреби. Така комунікативна поведінка характерна для екстремальних умов: висловлюватись, коли щось не так, і мовчати, коли все гаразд. З цієї причини вам легше дорікати людині, ніж хвалити її.

Якщо вам потрібно висловити комусь важливі критичні зауваження, ретельно добирайте для цього місце і час. Відкладіть критику до того моменту, коли будете відчувати максимальну душевну рівновагу.

Не менш важливо, як ви сприймаєте повідомлення такого роду. Чи спроможні ви слухати зауваження про себе, не відчуваючи гострої стресової реакції? Чи вмієте ви спокійно приймати похвалу? Якщо критичні або схвальні висловлювання завжди виводять вас із стану рівноваги, потрібно запитати себе, що саме ви вважаєте загрозливим у таких висловлюваннях. Це ще один із шляхів розпізнати у собі страх.

Існує ефективна вправа на розвиток навичок спілкування. Вона має назву «пиріг із начинкою». Двоє учасників домовляються по черзі виконувати роль того, хто говорить, і того, хто слухає. Той, хто говорить, мусить зробити три висловлювання про партнера: перше виражає схвалення і починається словами: «Я ціную тебе за те, що...»; друге містить критику і починається зі слів: «Мені буває складно з тобою, тому що...»; нарешті, третє, як і перше, знову містить схвалення.

Вправу можна ускладнити для тих, хто бажає потренуватись в умінні перевіряти тотожність сказаного та почутого. Для цього по завершенні першої частини вправи кожний з учасників по черзі повторює те, що чув про себе, та встановлює, чи правильно він зрозумів співбесідника. Вправу можна виконувати вдвох, без сторонніх, проте дуже важливо не ображатись на критику і не виправдовуватись.

Не потрапляйте у пастку зарозумілості: коли ви принижуете співбесідника, відмовляючи йому в праві на власні почуття та погляди, ви тим самим саботуєте спілкування між вами. Якщо ви відчуваєте, що не можете втриматись у межах правил, тоді при виконанні вправи вам буде потрібна третя особа – арбітр. Лікар-психотерапевт або спокійна, терпляча людина допоможуть вам навчитись уважно слухати співбесідника та відверто висловлюватись.

Як перебороти важкі спогади. Ми спробуємо поглянути на три різні типи «непідвладних контролю» переживань не як на зловливий наріст на душі, який потрібно безжалісно видалити, а як на приклади втрати рівноваги внаслідок внутрішньої війни.

Сни про війну. Якщо тяжкий сон про війну повторюється часто, якщо в серії снів можна прослідкувати одну страшну фавулу, це доводить людину до повної безпорадності. Той, чий сновидіння сповнені страху, ненависті, тривоги, навіть не може як слід виспатись. Недовгий або неглибокий сон призводить до фізичного або психічного виснаження та породжує дратівливість, швидку втомлюваність, розлади пам'яті, неспроможність сконцентруватись, депресію.

Снодійне (зрозуміло, приписане лікарем) не вирішує проблеми, адже надасть тимчасове полегшення, поки ви шукаєте відповідь на головне запитання: чому вам не вдається спокійно спати? Дехто, щоб заснути, вживає алкоголь або інші наркотичні засоби; це ризиковано, адже може статися звикання. Таке вживання наркотику з великою вірогідністю викличе залежність або підсилить ту, яка вже є.

Тим, хто не бажає нічого приймати, допоможе фізичне навантаження, релаксація, аутотренінг та спокійна обстановка десь ближче до природи. Вважайте відновлення сну вашим основним завданням. Для підтримання природної рівноваги організму спати не менш потрібно, ніж їсти, пити та дихати.

Тривожний сон, який знову і знову повторюється, повинен, напевно, щось означати. Якщо ви відтворюєте цей сюжет у мозку, отже, він для вас чимось важливий. Той образ або образи, які не покидають вас уві сні, слугують, по суті справи, повідомленням, яке ви надсилаєте самі собі. Це сигнал, що вам потрібно звернути увагу на дещо, пов'язане з цими образами.

Щоб застосувати принцип рівноваги до проблем сновидінь, потрібно послідовно зробити таке.

Вивести на поверхню, усвідомити у бадьорому стані сюжет свого сну.

Запитати себе, що потрібно для відновлення миру, припинення тієї внутрішньої війни, до якої сновидіння намагається повернути вашу увагу.

Знайти спосіб застосувати отриману відповідь у своєму теперішньому житті.

У терапевтичній практиці ці три кроки – поступовий процес, який може тривати кілька років. Аналіз власних сновидінь важкий, у першу чергу, тому, що в них відбиті події особливого роду. Якщо вони відбулись у зоні бойових дій, у вас, скоріш за все, не було можливості пройти всі стадії емоційної реакції, природної для кожної людини при зіткненні з чимось, що вище за її сили: заперечення (цього не може бути, я не вірю, що це відбулось), гнів (я у нестямі від люті, це не повинно було відбутись), скорбота (мені дуже боляче, що це відбулось). Імовірно, вам потрібно буде ще раз повністю пережити ці почуття, поки нарешті ви прийдете до більш урівноваженого стану, який можна назвати «прийняттям»: «що ж, доведеться змиритись з тим, що відбулось, і зайнятись іншими важливими справами».

Інакше кажучи, перш ніж ви знову отримаєте щось краще у вашому житті, вам доведеться певний час змиритися з найгіршим. Легше проводити таку роботу в тихому, спокійному місці, серед турботливих людей, які вас розуміють, і під керівництвом обізнаної людини.

Якщо ви прокинулися спітнілим та на душі у вас якийсь неспокій, то, за умови відсутності інших причин (фізичне захворювання, жара в кімнаті), можна з упевненістю сказати, що ви пережили стрес. Якщо уві сні ви крутите та смикаєтесь, це явно вказує на тривожність у ваших сновидіннях.

Вирішивши встановити, що відбувається у ваших снах, можете зробити таке.

Заведіть спеціальний щоденник сновидінь. Тримайте неподалік від ліжка олівець та аркуш паперу, а також неяскраве джерело освітлення, яке легко увімкнути. Привчіть себе одразу після прокидання записувати зміст сновидіння. Можна наговорити те, що запам'ятали, на магнітофон, якщо вам так зручніше. Фіксуючи свої спогади у той момент, коли вони ще свіжі, можна багато дізнатись. Якщо ви не можете пригадати ні весь сон, ні навіть його фрагменти, спробуйте наступного разу перервати сон посередині: нехай вас розбудить дзвінок будильника або хтось із близьких. Наприклад, знаючи, що ви часто прокидаєтесь між 24-ю та годиною ночі, експериментуйте, послідовно ставлячи будильник на 24-ту, о пів на першу та годину ночі. Так буде легше пригадати деталі побаченого.

Налаштуйте своє мислення. Щоб навчитись легше запам'ятовувати свої сни, варто звернутись до професійного психолога, обізнаного на техніці гіпнозу та інших методах настроювання мислення.

Приєднайтесь до групи, що вивчає сновидіння. Легше навчатись у групі або під керівництвом психолога, або у тій, що була свідомо створена людьми, які досліджують свої сновидіння.

Перейдіть до тлумачення своїх сновидінь тільки тоді, коли відчуєте, що готові до цього. Якщо у сні ви когось або щось ненавиділи, то звідки приходиться ця ненависть? Якщо хтось з учасників був злий на вас – звідки ця злість, що спричинило її? Якщо уві сні ви бачили своїх знайомих, яких уже немає в живих – про що вони вас питають, що вимагають і чому? Якщо вам було страшно, чого саме ви боялись? Чому це лякало вас?

Коли ви дозволите цим запитанням зануритись у свідомість, звідти поступово почнуть спливати відповіді. Цей процес значно полегшиться, якщо ви проконсультуетесь у спеціаліста. При вивченні сновидінь дуже корисно радитись із кимось. Якщо ці потужні

сплески вашого внутрішнього світу сильно бентежать вас, ваші стосунки з навколишнім світом значно ускладнюються.

Що б не містилось у ваших сновидіннях, ви зменшите вплив негативних емоцій, якщо зможете визначити у своєму сні певний зміст, а потім використати розгадку у теперішньому житті.

Непрохані спогади. Існує декілька способів зменшити інтенсивність та кількість подібних психічних явищ. Хоч, зі слів багатьох пацієнтів, вони виникають без будь-якої видимої причини, це не зовсім так. Існують особливі сигнали, які попереджають про появу «кінокадрів із минулого»: м'язова напруга, підвищена тривожність, особливі «стресові» зміни в організмі, емоційна напруга і, в деяких випадках, активація команди «бий або біжи».

«Непроханим спогадам» часто передують події, які їх провокують. Така подія, часто несподівана, відбувається у теперішньому часі, але якимось чином нагадує ту, що відбулась у минулому. Наприклад, за певних умов це можуть бути запах, шум, видовище, думка або почуття, які виникають у свідомості пацієнта і асоціюються з травмуючим минулим.

Якщо кінокадри з минулого для вас часте явище, значить, ви схильні неправильно сприймати події теперішнього часу. У такий момент, коли щось із того, що відбувається навколо, сприймається вами неправильно, ви перебуваєте під впливом минулої травматичної події, настільки потужної, що вона повністю оволодіває вашою увагою.

Щоб узяти під контроль непрохані спогади, потрібно навчитись певних засобів профілактики.

Навчитись упізнавати за внутрішніми ознаками, що в організмі накопичується стрес.

Навчитись послаблювати стресову реакцію.

Навчитись брати «тайм-аут» при перших ознаках стресу.

Регулярно нагадувати собі, що минуле не варто плутати із сучасним. У критичний момент, коли щось нагадало про травмуючу подію, відволіктись від спогадів та переключитись на події теперішнього часу.

Вчитися знаходити смисл у тяжких спогадах, які оволодівають вашою увагою, і миритись із подіями минулого.

Спалахи люті. Існує декілька попереджувальних заходів, що зводять до мінімуму шкоду, яка завдається у люті, подібно до того, як вогнегасник зводить до мінімуму руйнівну силу пожежі. Окрім них, існують методи тривалого та глибокого самовивчення, які приводять до витоків вашого гніву.

Якщо у вас є вогнепальна зброя, краще нехай вона зберігається у когось з ваших друзів або в якомусь важкодоступному місці. Принаймні тримайте зброю та боєприпаси у різних місцях. Це дасть вам життєво важливий вигреш у часі: перш ніж діяти у пориві гніву, ви застигнете замислитись про те, що збираєтесь робити. У момент люті людина скоює імпульсивні вчинки, не замислюючись про наслідки.

Віддаліться на безпечну відстань від людини, на яку спрямований ваш гнів. Коли ваша внутрішня рівновага втрачена, не варто займатись вирішенням міжособистісних конфліктів – для цього буде більш доречний час. Навіть якщо ваш гнів справедливий і з вами вчинили погано, ви все одно не зможете чітко висловити свої погляди та знайти вихід із ситуації, поки не заспокоїтесь.

Знайдіть або обладнайте для себе безпечне місце, де можна дати вихід своїй люті, ні перед ким не звітуючи. Це може бути ліс або парк, ваш автомобіль, кімната або ще щось. Якщо таке сховище відсутнє, ви ризикуєте вилити свій гнів на безвинних перехожих або близьких вам людей.

Знайдіть собі якусь невинну діяльність, що не спричиняє шкоди і допоможе «розрядити» ваш гнів. Декому допомагає енергійна фізична робота (наприклад, рубання дров), іншим – біг або важкі (до поту) фізичні вправи. Ще інші відчують полегшення, якщо розповідають про свої почуття терплячому та уважному слухачу, комусь достатньо щирої бесіди «з самим собою», тобто записування своїх вражень (давати їх комусь читати необов'язково).

Щоб надалі такі напади люті виникали якомога рідше, намагайтесь прослідкувати, що відбувається всередині вас у той момент, коли починає накопичуватись роздратування. Причиною гніву може бути навколишня обстановка, минулі бойові рефлекси або комбінація різних факторів. Дослідження тих сторін свого життя, де гнів виявляється частіше за все, допоможе вам краще зрозуміти його механізм.

Як вивчати історію свого життя. У пошуках віх, які позначають ваш особистий шлях до зцілення, не прагніть досягти ідеалу, проголошеного кимось: тут мають значення тільки ті міри та стандарти, які ви прийняли для себе.

Головне завдання – визначити основний зміст свого життя. Ви будете розглядати ті ситуації, які свідчать про втрату рівноваги, і ті, яким притаманні спокій та гармонія. Ви вирушите на пошук інформації, яка допоможе вам жити по-своєму, спираючись на власний унікальний життєвий досвід. Цей пошук принесе реальні відчутні результати, тільки якщо буде спрямований всередину: саме там, у вашій особистості, закладені відповіді на всі запитання.

Щоб отримати правильну відповідь, потрібно поставити правильне запитання. Як знайти своє місце у цьому безглуздому світі? Як внести хоча б трішки спокою у своє життя? Як осмислити всі пережиті жахи? Такі питання вірогідніше призведуть до зцілення, ніж копання у недоліках – своїх та нашого оточення. Головна їх мета – навчитися щиро розмовляти із самим собою. Звісно, не все підвладне нашому контролю, проте існує галузь, на яку ви можете цілком вплинути: це ваш внутрішній світ, ваша особистість та життєві шляхи, що ви обираєте. Можливо, тривалий час ви були «зациклені» на певних способах поведінки, мислення та відчуття, вірогідно, ви не позбулись їх і зараз. Ви кажете собі, що це стереотипи і є ваша індивідуальність, ваш внутрішній світ. Проте людська особистість володіє однією якістю: насправді ми значно багатогранніші, ніж наше уявлення про себе.

Ваша мета – ретельно вивчити ваш досвід, усі події, які зустрілись на вашому шляху, щоб визначити, які саме обставини сформували вас, визначили вашу індивідуальність. Можливо, ви знайдете такі частини своєї особистості, з якими давно втратили контакт. Деякі викличуть у вас болісні відчуття: ви пригадаєте, що тут втратили рівновагу, і життя збило вас із ніг. Інші, навпаки, принесуть задоволення: тут ви відчули твердий ґрунт під ногами.

Виконуючи це завдання, вам, можливо, знадобиться записати свої спогади, тобто завести своєрідний щоденник. Тримайте його у безпечному місці, де його ніхто не знайде, адже він призначений тільки для вас. Ви, вірогідно, захочете поділитись деякими думками та враженнями, які у вас виникли – і це прекрасно.

Метод самовивчення, про який ітиметься далі, включає активну роботу уяви. Якщо у вас не дуже багата фантазія, не страшно – достатньо мінімуму: уявіть, як виглядає шлях. Якщо уявили, то можна починати.

Перший крок – розгляньте ваше життя у послідовності подій так, нібито це шлях. Ось ви народились. Це початок вашого шляху тут, на планеті Земля. Кожне місце, де ви побували, кожна подія, яку пережили, складають певну частину пройденого шляху. Перед вами лежить продовження шляху – там ви ще не були і туди ми поки що заглядати не будемо. Отже, ви народились, почався ваш шлях – і простягнувся до сьогоднішнього дня. Уважно придивіться до того, що відбувалось із вами дорогою. Краще тримати папір і олівець, адже щось доведеться записати.

Уявіть собі, що сидите на віддаленому високому схилі та з висоти розглядаєте шлях свого життя. Ви проходите одну ділянку за іншою, оцінюючи обстановку та звертаючи увагу та всі події, що відбуваються. Спочатку ви будете шукати те, що особливо вплинуло на вас і зробило таким, який ви є зараз. Що було важливим, а що ні – ніхто окрім вас не визначить. Надайте собі повну свободу: оглядайте місцевість і шукайте те, що, на ваш погляд, було найважливішим. Не намагайтесь систематизувати спогади, просто йдіть за подіями. Знаходячи щось значне, робіть помітку, щоб потім пригадати. Продовжуйте до тих пір, поки не дійдете до теперішнього часу. Для першого разу достатньо 10 ключових подій. Приділіть цьому 20-30 хвилин, а потім подивитесь, що із цього вийде.

Роблячи помітки, ви запитували деякі частини своєї особистості. Отже, коли ви заглядаєте у минуле і пригадуєте дружбу, яка багато значила для вас, або ворожнечу, або кохання, або ідею, яка захопила вас, або щось ще, доречно буде запитати: «Чи хочу я, щоб цього було більше у моєму житті? Чи хочу, щоб було менше?» За допомогою ваших відповідей ви починаєте говорити самому собі, чого саме ви шукаєте у житті і чого хочете уникнути.

Наступна «експедиція в середину себе»: уявивши себе на схилі, звертати увагу не на самі події, а на ті обставини, ту атмосферу, те тло, яке було для вас найбільш значущим. Під час дослідження раджу шукати ті ділянки свого життя, де вам було добре та природно, де ви займались тим, що, на вашу думку, і варто робити, де ваша рівновага була найстійкішою. І це дозволяло вам бути самим собою. Як і минулого разу, записуйте всі ключові слова, приділіть цьому заняттю 20-30 хвилин та намагайтесь обмежитись найважливішими моментами.

Навіть тоді, коли аркуш паперу перед вами залишився чистим, тобто ви не змогли пригадати жодного моменту, воли вам було добре, все одно ви отримали дуже важливу інформацію щодо своєї історії.

Спробуйте повторити вправу, але тепер замість пошуку «пиків» та чудесних моментів шукайте просто ті місця, де ви почувались найспокійніше та найменш неприємно. Поступово вони приведуть вас до спогадів про ті ситуації, коли ви були в мирі з самим собою.

Так ви отримаєте першу підказку, як внести більше змісту у своє теперішнє життя. Ця інформація допоможе вам знайти відповідь на запитання, як жити зараз. Запитайте себе: «Якщо я піду у цьому напрямку, приведе він мене до мети: почуття щастя, радості життя та будь-якому іншому з тих позитивних почуттів, знайдених під час дослідження?» Ясну інформацію щодо своїх глибинних потреб не можна отримати від іншої людини. Ніхто не розповість вам, яким варто бути – таке знання може прийти тільки з глибини вашої психіки. Це означає, що інформація, яка надходить зсередини, правдива; ви можете повністю довіритись їй, і вона, як стрілка компаса, вкаже вам шлях до зцілення.

Якщо вже тривалий час ви не можете розслабитись, спробуйте перенестись думками у той момент минулого, коли почувались спокійно та безтурботно. Самий спогад допоможе вам розслабитися зараз. Ніякого фокусу тут немає: це спосіб використовувати свій життєвий досвід.

Ваша наступна «експедиція в середину себе» вимагатиме обережності. Користуючись тим же методом, що й раніше, будемо шукати іншу обстановку: місця потворні та жахливі, сцени, що завдають болю, ситуації, де ви повністю втратили рівновагу. Імовірно, вам хотілося б уникнути такого дослідження, адже неприємно пригадувати страх та біль. Не змушуйте себе: коли ви будете внутрішньо готові, ви самі припините відвертатись від цих спогадів, а якщо ще не готові – чесно визнайте це.

Вам доведеться сконцентруватись на особливих спогадах, які можуть викликати негативну реакцію. Обов'язково знайдіть спосіб записати, що ви відчували та думали у цей момент. Так ви отримаєте ключ до розуміння того, які події та переживання впливають на вас. Після того, як завершите вправу, перевірте, чи немає ознак напруги у м'язах. При поверненні до важких спогадів людина, як правило, фізично напружується: у цьому випадку варто зробити перерву, щоб відновити рівновагу за допомогою релаксації та глибокого дихання, і тільки після цього перейти до наступного етапу роботи.

Якщо протягом цієї вправи у вас виникає дуже бурхлива реакція, перервіть її та поверніться через деякий час. Чесно визнайте, на якому спогаді з'явилась ця реакція. Якщо довести до кінця цю вправу у вас не виходить, варто звернутись до когось, хто зміг би допомогти вам виявити ці частини вашого життя.

Вам доведеться ще раз зіткнутись із болем, страхом та депресією при погляді на найбільш потворні сцени вашого життя. Проте я не знаю іншого способу зробити цей біль слабшим. Вам стане легше, коли ви, нарешті, вирветесь із полону негативних переживань та повернетесь до більш урівноваженого стану.

Нарешті, остання подорож. Цього разу ви будете шукати ті обставини свого життя, які супроводжувала любов. Вона могла бути щасливою чи невдалою: зараз нам неважливо, чим закінчилась справа. справа не тільки у любові сексуальній, а й в любові до батьків, до друга, домашньої тварини, ідеї, місця – до чого завгодно. Все, що гріло ваше серце і багато для вас позначало – предмет ваших пошуків. Можливо, у вас було важке дитинство і ви не знали любові, поки не пішли з дому. Або, навпаки, ви пам'ятаєте любов тільки у дитинстві, а потім її не було. Не кидайте пошуків: десь у вашому житті любов обов'язково була, навіть якщо на великій ділянці шляху ви її не зустріли.

Смисл вправ, які тут пропонуються, – допомогти вам витягти із пам'яті окремі фрагменти вашої історії. Ви переконались, що у формуванні вашої особистості зіграли свою роль багато подій; деякі з них, можливо, боляче пригадувати, адже вони потворні, проте інші породжують приємні відчуття. Не з чийось слів, а з власного досвіду ви побачили, що насправді ви – звичайна людина, спроможна вести будь-який спосіб життя.

За допомогою цього методу можна заповнити й інші пробіли своєї пам'яті: оберіть будь-який аспект, який вас цікавить.

Як примиритися з примарами минулого. У дитинстві ми намагаємось поводитись і мислити так, як бажають того наші батьки, або, навпаки, відторгаємо їх цінності й з усіх сил прагнемо бути не такими, як вони хочуть. В обох випадках вірно одне: спосіб життя батьків сильно вплинув на нас, при цьому найбільша частина того, що було засвоєне, перейшло у несвідоме.

Ця підсвідома програма, закладена в нас нашою родиною, діє протягом усього нашого життя. Я називаю її «спадщиною предків», адже на нас впливають не тільки батько, мати й інші найближчі члени родини, а й через них, опосередковано, більш віддалені предки. «Спадщина предків» формує наші життєві цілі та визначає нашу спроможність відчувати душевний спокій. Вона потужно впливає на наші підсвідомі переконання (те, у що ми віримо, самі не усвідомлюючи) і являє собою широку галузь для вивчення для будь-кого, хто прагне досягти внутрішньої рівноваги.

Якщо, наприклад, у вашій сім'ї було не прийнято виражати свої почуття, бо це вважалось ознакою слабкості, то ви з раннього дитинства навчилися придушувати свої емоції. Якщо пізніше вам довелось пережити травматичну подію, ви намагались помовчувати та опановувати свої переживання самотужки, не поділяючи їх ні з ким.

У такому випадку шлях до зцілення включає не тільки примирення з травматичними подіями як такими, а й примирення з деякими сторонами «спадщини предків», які створюють внутрішній конфлікт.

По-перше, треба усвідомити, що саме ви успадкували від предків. У цьому вам допоможе відверта самооцінка. Коли ви підсвідомо обираєте той чи інший спосіб поведінки, це означає, що ви просто не усвідомлюєте, що робите, або не підозрюєте, що можна вчинити по-іншому. Але як тільки ваш вибір стане свідомим, у вас з'явиться можливість поводитись інакше.

Можна розпочати пошук «прихованої спадщини» з вивчення незавершених справ вашого життя. Незавершені справи варто розуміти буквально, як замисли, що лишилися незавершеними, перервані взаємовідносини тощо. Вірна ознака, за якою можна знайти незавершені справи, – це почуття, яке супроводжує той чи інший спогад. Із багатьох подій вашого життя деякі ви оцінюєте як добрі, інші – як погані. Незавершені не належать не до перших, ні до других. Незалежно від емоційного забарвлення, вони лишили відчуття незавершеності.

Якою б не була незавершена справа, запитайте себе: «Чого я б хотів замість того, що відбулось? Про які свої вчинки я жалкую? Які вважаю правильними? Про які чужі вчинки я жалкую?» Відповіді допоможуть «налагодити» незавершену справу. Ви не можете повернутись у минуле і змінити його, але свої побажання стосовно минулих подій ви можете врахувати у своїх теперішніх вчинках і, таким чином, поступово вибачити свої помилки та помилки інших. Працюючи над «незавершеними справами», ви отримаєте корисний досвід: ви навчитесь сприймати себе не як учасника, а як деяку особу, яка засуджує зі сторони неправильні вчинки – саме вчинки, а не того, хто їх скоює. Ви зможете правильно оцінити себе такого, яким стали, і вибачити такого, яким були.

У пошуках незавершених справ, пов'язаних із травматичним подіями, вчиняйте так же само, як і в попередньому дослідженні, коли шукали незавершені родинні справи. Основний критерій такий же: коли ви концентруєтесь на незавершеній події, у вас з'являється сильна емоція, що виводить з рівноваги, – ознака того, що ви не змирилися з тим, що відбулось. Способи примирення з примарами минулого такі ж різноманітні, як і події, що дали початок цим примарам, проте у всіх випадках вам доведеться приділити увагу цій незавершеній справі, яка не дає вам спокою. Якщо, наприклад, вас бентежить пам'ять про давно згинулу людину, вам доведеться знайти спосіб щиро виразити своє добре ставлення до неї, і тільки після цього ви зможете отримати душевний спокій.

Щоб зцілитись, треба вміти по-новому поглянути на смисл того, що було раніше, того, що відбувається зараз, і того, що повинно відбутись у майбутньому. Коли ми знаходимо новий смисл, він так змінює наше самовідчуття, що після цього і наші стосунки зі світом стають повністю іншими.

Праця, яка приносить самоповагу. Якщо повагу до всіх і всього ви вважаєте досить недосяжною, намагайтесь завоювати хоча б маленький плацдарм: навчіться поважати і високо цінити щось, особисто вами вибране. Коли ви дозволите собі поважати щось, до вас поступово прийде душевна рівновага, ви будете набувати нових цінностей та вкладати у них свою повагу. Дивідендами з цього вкладу будуть свобода та спокій, як внутрішні, так і зовнішні.

Спроможність виховувати у собі повагу – величезний потенціал для кожної людини. Таку роботу над собою я називаю «справжньою працею». «Справжня праця» – це будь-яка вибрана вами діяльність, яка допомагає краще відчувати мету та смисл вашого життя. Вона здійснюється у тій галузі, яку ми цінуємо більше за інші, тобто до якої відчуваємо найглибшу повагу.

Я щиро сподіваюсь, що до цього етапу самовивчення ви вже знайшли ту частину вашого життєвого досвіду, яку ви цінуєте вище за інші. Прийміть її за відправну точку у пошуку вашої власної «щирої праці». Довіра до себе допоможе зробити правильний вибір. «Справжня праця» – своєрідна ноша, яку ви вибрали з відкритим серцем, щоб через цю діяльність поєднатись із потоком життя.

Ветерани можуть багато чого навчити людство. Той, хто знайде свою справжню справу у боротьбі проти «не-миру» і страху як у своїй душі, так і на всій планеті, відчує, що життя його сповнилось смислу.

ДЕБРИФІНГ ЯК МЕТОД ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ З НАСЛІДКАМИ КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ ТА ЙОГО МОЖЛИВА АЛЬТЕРНАТИВА

Як ефективну першу допомогу учасникам кризової події часто описують процедури дебрифінгу та схожого на нього диф'юзингу (Кравець, 2002; Лушин, 2005; Петрова, 2004; Ромек, 2005, Байер, 2010 та ін.). «Дебрифінг критичного інциденту» був розроблений американським психологом Дж. Мітчелом у 1983 році для представників «небезпечних професій», до яких належать рятувальники, пожежники, поліцейські та інші. На даний момент метод дебрифінгу здобув визнання і серед кризових психологів.

Дебрифінг полягає у детальному розпитуванні людини про те, що відбулось, тобто у своєрідному інтерв'юванні, адже, як доводить терапевтичний досвід, у багатьох є природна потреба все розповісти. Рекомендується до проведення не пізніше ніж через 48 годин після інциденту.

Процедура складається з кількох елементів. В одну аудиторію збираються учасники події, їх просять поділитись своїми розповідями, вони обмінюються власними індивідуальними реакціями, а психолог висвітлює свою позицію, сутність якої – у визнанні нормальності будь-якої реакції у даній ситуації. Потім аналізуються наявні ресурси.

Для проведення дебрифінгу спеціалісти рекомендують розміщувати учасників (групу з 10-15 осіб) навкруги столу, що відрізняється від моделі традиційної групової терапії, коли стільці розставлені по колу з пустим полем посередині. Вважається, що пустота підсилює тривогу і може навіть сприйматись як загрозна. Усі сторонні втручання (телефонні дзвінки, відвідувачі тощо) виключаються.

Важливим моментом процедури є поведінка терапевта: він повинен не лише слухати, а й перекладати почуте на мову модальностей (говорячи термінологією НЛП) – зорову, слухову, кінестетичну. «Якими були запахи? Що ти чув? Що відчував? Що бачив?» і так далі. Розпитування повинно бути спокійним, делікатним, проводитись у зацікавленій, проте не переляканій манері.

Нижче наводиться приблизна *структура інтерв'ю*.

1. *Вступ*. Терапевт відрекомендується, пояснює мету розпитувань.
2. Спочатку надається *опис* самої події й ставляться такі запитання: як ви дізнались про подію? Що відбувалось до неї? Де були ви?
3. Наступний крок – з'ясування *очікувань* людини: на що ви очікували і що відбулось насправді? Про що ви думали під час події? Що ви зробили і чому?
4. Далі з'ясовуються основні *враження*, викликані подією: які враження про те, що відбулось, лишилися у вашій пам'яті? Що ви бачили / чули, чого торкались, який відчували запах та смак?
5. Після встановлення вражень, отриманих за всіма каналами, терапевт розпитує свідка про його *почуття*: що було найжахливішим? Що ви відчували у той момент? Від чого було найболісніше? Чи плакали ви? Чому ви плакали? Мета цієї стадії – надати людині можливість висловити навіть специфічний біль (наприклад, висловлювання про загиблого рідного: «мені було боляче, що лежало неприкрите тіло»).
6. З'ясовуються *наступні реакції*, які мали місце вже після травматичної події: як ви почуваетесь зараз? Окремо потрібно дізнатись про те, що відбувалось з людиною під час залишення місця подій: що відбувалось, коли вас привезли до лікарні? А коли ви вийшли з лікарні?
7. Стадія *нормалізації*: людині надається інформація щодо стадій ПТСР, про те, що всі її реакції є нормальними та закономірними.
8. Окреслення *перспектив*: чого ви і ваша родина зараз потребуєте? Ресурси, до яких ви можете звернутись?
9. Терапевт дякує опитуваному, вони прощаються.

Після завершення спеціалісти рекомендують звернути додаткову увагу на тих членів групи, хто викликає найбільше занепокоєння у терапевтів, можливо, поговорити з ними наодинці. Крім того, спеціалісти, які проводять дебрифінг постраждалих у кризовій ситуації, повинні обмірковувати шляхи профілактики виникнення у себе вторинної травматизації: заходи щодо самовідновлення, способи відреагування пережитих емоцій тощо.

ПРОТОКОЛ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТРАВМОФОКУСОВАНОЇ ТЕРАПІЇ

(за А. Ехлерс та Д. Кларком)

Когнітивно-поведінкова травмофокусована психотерапія охоплює різні схеми втручань, спрямовані на переосмислення та повторне переживання травматичних подій. Основними методами травмофокусованих втручань є експозиція наживо (*in vivo exposure*), експозиція в уяві (*imaginal exposure*), пролонгована експозиція (*prolonged exposure*), стимульна конфронтація (*stimulus confrontation*), повторне когнітивне опрацювання (*cognitive reprocessing*), когнітивна реструктуризація (*cognitive restructuring*), а також нарративна реконструкція (*narrative reconstruction*).

Найдієвішою в когнітивно-поведінковій психотерапії посттравматичного стресового розладу вважають так звану когнітивну терапію ПТСР (*cognitive therapy for PTSD*), запропоновану А. Ехлерс і Д. Кларком. Її неофіційна назва – оксфордський підхід до терапії ПТСР – виникла через асоціацію з місцем праці авторів – Оксфордським центром тривожних розладів і травми. Усунення дисфункційної поведінки і стратегій сприймання та інтерпретації реальності здійснюється шляхом обговорення, проведення дискусій, сократівських діалогів та поведінкових експериментів, під час яких клієнти переглядають старі способи світосприймання і реагування та переконуються в їхній неефективності.

Зауважимо, що конкретну терапевтичну процедуру розробляють для кожного клієнта індивідуально, з урахуванням специфіки травматичного впливу, життєвого досвіду, рівня розвитку когнітивних процесів, особистісних рис, а також інших факторів, що впливають на здатність людини до відновлення. Наведемо приклад одного з таких протоколів, представленого А. Ехлерс та Д. Кларком з колегами в роботі «Інтенсивна когнітивна терапія ПТСР: аналіз придатності». Відповідно до цього протоколу втручання розраховане на 10 послідовних 50-хвилинних сесій з кількома бустерними три місяці потому.

На першій сесії формулюються цілі терапії; нормалізуються симптоми ПТСР (клієнту пояснюють, що симптоми є нормальною реакцією на ненормальні події); ідентифікуються основні інтрузивні спогади; здійснюється первинна ідентифікація факторів, що підтримують симптоми ПТСР (негативні оцінки, когнітивні стратегії, гіперпильність, захисна поведінка тощо); практикується звільнення від думок («нехай спогади приходять і йдуть») та пояснюється природа травматичної пам'яті. Друга сесія присвячена уявному переживанню травматичної події та ідентифікації гарячих точок, обговоренню особистісних значень у цих точках та пошуку пояснень, більш релевантних реальності. На третій сесії, за потреби, повторюється процедура уявного переживання та розгортається пошук нових значень травматичної події, провадиться оновлення травматичних спогадів. Четверта і п'ята сесії передбачають подальше обговорення значень та оновлення спогадів, а також роботу по дискримінації тригерів. Шоста сесія спрямована на підтримку адаптивних стратегій: упроваджуються поведінкові експерименти, щоб продемонструвати, що немає необхідності контролювати загрози (наприклад, потреби в униканні та посиленій пильності); експерименти на зменшення румінації, усунення реакцій, які заважають засинанню, тощо. На сьомій сесії відбувається перегляд місця події. На восьмій продовжується робота, спрямована на оновлення спогадів, дискримінацію тригерів та зміну поведінки, яка є підтримувальною для симптоматики ПТСР. На дев'ятій має бути відмічено досягнутий прогрес у всіх напрямках: оновленні травматичних спогадів, дискримінації тригерів, зміні особистісних значень, усуненні підтримувальної поведінки та когнітивних стратегій, – а також здійснено фінальне оновлення спогадів і побудову цілісного нарративу травматичної події (також дається домашнє завдання з повторної нарративізації травми). Фінальна сесія орієнтована на повернення та адаптацію до життя; на ній відмічається досягнений прогрес, фіксуються усі зміни та дається домашнє завдання на практикування нових способів сприймання і поведінки. Бустерні сесії передбачають моніторинг поточного стану клієнта, аналіз досягнутого прогресу, нагадування про терапевтичні інструменти та стимулювання до практикування адаптивних стратегій.

Когнітивна терапія ПТСР (оксфордський підхід), ефективність якої на цей час доведено, базується на деталізованій теоретичній моделі посттравматичного стресового розладу, є логічно впорядкованою, технологічно забезпеченою і такою, що має чітко виписаний протокол інтервенцій. Згадані характеристики уможливають наразі ефективне навчання фахівців та широке застосування підходу в роботі з особами, які зазнали травматичних впливів, у тому числі і з потерпілими від бойових дій на сході України.

БАГАТОВИМІРНА МОДЕЛЬ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ BASIC-RH

У консультативній роботі ефективним є спрямування людини на використання власного внутрішнього ресурсу для подолання стресу через застосування моделі BASIC-RH – багатовимірної моделі подолання стресу та внутрішньої стабільності, розробленої професором Мулі Лаадом – директором Ізраїльського Центру попередження стресу.

М. Лаад розглядає *принцип безперервності* як основу першої психологічної допомоги, а також психологічної допомоги при гострих стресових розладах. У межах його школи виділяють такі *види безперервності*.

Когнітивна безперервність – це розуміння людиною життєвих процесів, відстеження логіки і передбачуваності подій. Якщо людина не розуміє, що і чому відбувається, не здатна відстежити причини і наслідки, то в неї підвищується рівень тривожності і виникають сумніви щодо власного здорового глузду. Для відновлення когнітивної безперервності арт-терапія пропонує розповідати історії, малювати послідовність, створювати книги, серійні колажі. Таким чином особа поступово відновлює послідовність травматичних подій, може оцінити ситуацію та зрозуміти, коли і як вона поведилася. Адже відомо, що надзвичайні події спричинюють хаос як у думках, так і в діях людини.

Міжособистісна безперервність – це можливість підтримувати звичні для людини сфери спілкування, будь то професійний контекст, дружні відносини або родинні зв'язки. Для особистості важливо взаємодіяти з тими, хто її добре знає, кому вона може довіряти. Побачити й активізувати людські зв'язки допомагають прийоми драматерапії, розмаїте дослідження стосунків у різноманітних техніках. Так людина відкриває для себе грані і значення стосунків у своєму житті, їхню роль у підтриманні життєдіяльності. Адже надзвичайні події часто пов'язані з втратами різного роду і характеру. У переселенців це втрата житла та звичного оточення, тому підтримка спілкування з такими людьми (найчастіше родичами) є часто джерелом тих змістів, які допомагають особистості жити далі. Житло для цих людей - найкоштовніше за все життя надбання, що часто попри воєнні дії сприймається як безпечне і ресурсне місце. Тому така втрата для постраждалих є вкрай важкою.

Функціональна безперервність – це підтримка життєвих ролей людини, її активності як жінки або чоловіка, сестри-брата, співробітника тощо. Важливо допомогти людині продовжувати функціонувати, виконувати звичні види діяльності, щоб відчувати себе повноцінним членом суспільства. Написання листів, створення своїх історій, робота над самооцінкою допомагають людині підтримувати рольову ідентичність. Аналіз своїх досягнень та помилок дає людині змогу активізувати своє прагнення до самореалізації, що в часи суспільних потрясінь може також призводити до зміни сфери діяльності і якихось нових кроків до втілення давніх мрій. Для деяких переселенців кризова ситуація стала поштовхом до освоєння омріяної професії та сходинкою до реалізації планів, що видавалися досі примарними. Підтримка активної діяльності переселенців є суттєвою соціальною проблемою, адже ми всі уже стикалися з феноменом інвалідації частини переселенців, які внаслідок повного соціального забезпечення перестали навіть намагатися вибудувати своє приватне життя на новому місці.

Особистісна безперервність – це відчуття власне особистої ідентичності, яка створюється протягом багатьох років. Образ себе важливо підтримувати, адже це дає особистості змогу залишатися адекватною, зберігаючи своє Я. Малювання себе в різних варіаціях, робота з автопортретом допомагають пізнавати свої глибинні особливості та спостерігати метаморфози. Травматичні події, що супроводжуються новими станами та переживаннями, часто сприймаються як повна зміна особистості, і дуже важливо допомогти людині відновити відчуття власного Я, розібратися, які риси змінилися, а що залишилося таким, як і раніше. Також важливо, щоб людина навчилася елементарних

навичок емоційної саморегуляції, бо в нашій культурі такі навички не формуються ні в сім'ї, ні в навчальних закладах. У такий спосіб особистість підсилює контроль в афективній сфері, що сприяє підвищенню самооцінки.

Під час надання психологічної допомоги особистості, що пережила травматичні події, ми маємо активізувати взаємодію різних частин особистості. Отож перше, на що людина може спертися, - це її **особистісні ресурси**: риси характеру, здібності, досягнення, досвід, самооцінка, стосунки. Однак у сучасних умовах, коли людям доводиться виживати в умовах воєнного протистояння, цього не завжди достатньо. Наступний пласт - **родинні ресурси**. Це надбання роду, перемоги роду, характери чи професійні уподобання - власне, усе, що завжди допомагало представникам роду успішно виживати. Наративний підхід успішно використовує методики «Родинний герб», написання історій роду, що сприяють віднайденню способів виживання в кризових умовах. Для нас ці історії мають особливе значення, бо всі родини в минулому столітті так чи інакше пережили громадянську і дві світові війни, репресії та інші лихоління. Однак часом не вдається знайти сили і на родинному рівні, тому ми можемо допомогти людині активізувати **трансперсональні ресурси** - досвід людства, відображений у казках, легендах і міфах. Проживання в драматизації цих історій, створення образів міфічних героїв, виготовлення архетипових масок, малювання архетипових мотивів наповнюють людину силою і оптимізмом навіть у найскрутніші часи. Наприклад, мотив «Веселка», за моїми спостереженнями, часто інтуїтивно малюють діти, що потрапили в складні умови. Робота з цим мотивом сприяє відновленню віри в чудо і перемогу добра як дорослих, так і в дітей.

Отже, одним із завдань психолога в процесі психологічної допомоги постраждалим є відновлення безперервності за рахунок накопичення ресурсів, щоб людина мала змогу функціонувати й далі і, якщо потрібно, дійти до наступної фази роботи – опрацювання травматичного досвіду. Утім, і на цьому етапі людині все одно треба буде допомагати, щоб вона змогла відчути свою силу, спроможність і потенціал.

Основи моделі BASIC-PH – «Міст над прірвою»

У кризовій ситуації «Я» і «Світ» розриваються, їх потрібно з'єднати. Це можливо зробити через міст BASIC-PH. У кожній людині є своя «мова» (досвід) подолання кризи. У кожній людині є шість каналів подолання стресу, але тільки два з них є домінуючими. В запропонованій моделі враховуються всі шість частин, з яких складається характерний для кожної людини стиль подолання:

1. Belief (віра): філософія життя, вірування та моральні цінності.
2. Affect (афект): почуття, емоції.
3. Social (суспільство): суспільний фактор – функція, приналежність, родина, друзі.
4. Imagination (уява): творчість, гра уяви, інтуїція.
5. Cognition (свідомість): знання, логіка, реальність, думки.
6. Physiology (фізіологія): фізична, чуттєва модальність та діяльність.

Віра

Цей спосіб подолання кризи базується на вмінні вірити: це може бути віра в Бога, в людей, в чудо чи в самого себе. Система переконань, цінностей та смислів, надія, самооцінка, релігія, містицизм. Важлива будь-яка віра в щось. Коли нам зовсім важко, ми можемо протягнути руки до неба і молити про допомогу.

Приклад: «у нашій родині ніколи не здаються», чи «Бог нас ніколи не покине».

Почуття

Серце – це скринька наших почуттів любові та ненависті, мужності та боягузливості, радості й печалі, ревності і симпатії. Цей спосіб подолання кризи вимагає від нас, перш за все, виявити різні почуття та назвати їх своїми власними іменами. Потім вже буде спроба висловити розпізнані почуття найбільш прийнятними для кожної людини способами, такими як: словесно – усно в особистій розмові, чи письмово в розповіді чи в листі; без слів – в танці, малюнку, в музиці, в драмі. Йдеться про прямий чи опосередкований вираз почуттів: можливість записувати в щоденник свої почуття чи малювати свої почуття.

Суспільство

Даному способу подолання кризи притаманне прагнення до спілкування. Ми можемо звертатися за підтримкою до сім'ї, до близьких чи до психологів. Ми можемо самі допомагати іншим постраждалим, занурюватися в суспільну роботу чи займати керівні посади. Тобто, важлива соціальна включеність: прагнення бути серед людей, почувати себе частиною системи, організації і т.п. Знайти в інших людях підтвердження, що ти живий, чимось корисний, на щось впливаєш.

Гра уяви

Цей спосіб подолання кризи апелює до наших творчих здібностей. Завдяки уяві ми можемо мріяти, розвивати інтуїцію та пластичність, мінятися, шукати рішення у світі гри та фантазії, уявляти собі змінене майбутнє та минуле. Сюди ж відноситься почуття гумору, імпровізація, відволікання уваги, використання мистецтв і ремесел (рукоділья, гончарство тощо).

Розум

Спосіб подолання кризи через звернення до наших ментальних здібностей, до нашого вміння логічно та критично мислити, оцінювати ситуацію, пізнавати та досягати нові ідеї, планувати, навчатися, збирати інформацію, аналізувати проблеми та вирішувати їх. Сюди ж належить порядок переваг, пріоритети, альтернатива та розмова з самим собою.

Діяльність

Спосіб подолання кризи через звернення до фізичної діяльності нашого тіла. Цей спосіб пов'язаний із такими здібностями нашого фізичного тіла, як здатність себе відчувати завдяки слуху, зору, нюху, дотику, смаку, відчуттям тепла та холоду, болі та задоволення, орієнтації на місцевості, внутрішньої напруги чи розслаблення. Цей спосіб включає в себе фізичні заняття різного виду (спорт та релаксація): зарядка чи виконання фізкультурних комплексів, ходьбу, фізичні зусилля чи роботу, прогулянку на природі, походи в гори і т.д.

Застосування моделі BASIC-PH

Мета застосування: в кризовій ситуації бажано надати людині допомогу, використовуючи її мову (досвід) подолання кризи, тобто допомогти людині згадати доступні для неї можливості подолання стресу та навчити людину самостійно використовувати здобуті знання та власний досвід.

Як навчитися слухати та чути «мову» BASIC-PH

Віра. Співрозмовник говорить про свої переконання: висловлює оптимізм, шукає сенс, намагається встановити закони, згадує про систему цінностей (віра в Бога, молитви).

Афект. В розповіді з'являються емоційні висловлювання; прохання про емоційну підтримку; слова, які означають почуття: «люблю», «горюю», «хвилююся», «мене бояться», «мене він злить». Невербальні прояви: вираз обличчя (виражена міміка), тон голосу (крик, шепіт), сльози або сміх.

Суспільство. Згадуються значимі родичі, друзі, люди, які займають ті чи інші посади. Говориться про відповідальність за інших, яку людина взяла на себе, про приналежність до тієї чи іншої групи (його дитина, ніхто не прийшов, міліція, вороги).

Уява. Людина звертається до уявного, мріє та розповідає про приємні думки, про «сни наяву»; використовує метафори, казкові образи; застосовує вирази «ніби», «як» («як грім серед білого дня», «ніби на іншій планеті», «ніби в кіно чи по телевізору»).

Розум. Людина розмірковує логічно, в її розповіді присутні всі деталі події, факти дуже точні, згадує точні дати, дає пояснення причини і наслідку. Для людини важлива інформація, способи вирішення проблеми, внутрішній діалог («я живу на такій вулиці», «там було дерево», «вона живе в такому місті»).

Фізичний аспект (тіло). Людина описує дії, фізичну активність, ігри, розмір («великий», «малий»), фізичні аспекти («сильний», «слабкий»), тілесні відчуття («втомився», «болить», «тяжко», «дуже холодно», «він сильний», «він побіг», «спав», «багато їм», «приймаю ліки»).

Використання моделі: важливо визначити канали та зрозуміти, що допомагало людині раніше справлятися з кризовими ситуаціями. Для цього треба дослухатися до того, як людина розповідає свою історію. Коли домінуючі канали визначені, треба до них долучитися, а потім підключити решту каналів. Важливо, щоб людина використовувала усі шість каналів – це розширить її здатність справлятися зі стресом. Людину треба переключити з її основного каналу та підключити інші, показати можливості або навчити. Ви можете розказати про модель BASIC-PH і запропонувати застосовувати її та допомагати іншим. Основний аспект даної моделі – поставити людину в активну позицію.

Також ви можете запропонувати людині звернутися до власного досвіду: згадати ситуацію переживання травматичної події, втрати та подумати, що їй тоді допомогло впоратися з ситуацією та як вона опановувала себе.

Діагностика провідних комунікаційних каналів за інтегративною моделлю – BASIC Ph (М.Лааду).

Інструкція. Шановні, колеги. Спробуйте відверто відповісти на запитання кожного блоку. Відповідь «так» – 1 бал.

Опитувальник

I. Ph – Physical (Тіло)

1. Чи часто Ви змінюєте свою активність і періоди відпочинку?
2. Ви можете надовго захопитися роботою, незважаючи на фізичний дискомфорт (голод, холод та ін..)?
3. Вам більше подобаються активні види відпочинку?
4. Чи користуєтеся Ви техніками релаксації?

II. C-Cognition, thought (Когніції, думки)

1. Для Вас важливо точно оцінити ситуацію, зібравши максимум інформації?
2. Ви любите завжди діяти за добре перевіреною стратегією?
3. У своєму житті Ви часто тренуєте себе, займаєтесь самодисципліною?
4. Вам важливо мати реалістичний сценарій майбутнього?

III. I – Imagination (Уявлення)

1. Вам подобається створювати щось нове, незвичайне?
2. За своєю суттю, Ви – новатор?
3. Ваша стихія – імпровізація?
4. Вам подобається постійно переключатися на різні види діяльності?

IV. S – Socialization (Соціум)

1. Чи важлива для Вас взаємодопомога і підтримка оточуючих?
2. Чи важливо ділити обов'язки в сім'ї?
3. Вам подобається бути лідером, вести за собою інших?
4. Вам подобається допомагати тим, хто опинився в більш скрутному становищі, ніж Ви самі?

V. A – Affect (Емоції)

1. Для Вас важливо мати можливість ділитися думками і тривогами з тими, хто поруч?
2. Чи є у Вас творчі захоплення, хобі?
3. Ви часто плачете, занепадаєте духом?
4. Ви потребуєте постійної турботи зі сторони близьких?

VI. B – Beliefs & lues (Переконання та цінності)

1. Чи є в Вашому житті традиції, ритуали, яких Ви постійно дотримуєтесь?
2. Вам подобається відчувати приналежність до якоїсь компанії, «клану»?
3. Для Вас важливе почуття спільності в тій організації, в якій працюєте?
4. Ви цінуєте партнерів, з якими у Вас є спільні справи, спільні інтереси?

Обробка та інтерпретація результатів. Порахуйте кількість балів по кожному блоку. Найбільша кількість балів (4) і визначає Ваш провідний комунікаційний канал, таких каналів може бути декілька.

ПРАКТИКИ ІНТЕГРАЦІЇ СТРАХУ СМЕРТІ У ВІЙСЬКОВИХ

(за К. В. Мирончак)

Діяльність військових передбачає виконання завдань, пов'язаних з ризиком для життя. Його збереження залежатиме від ефективності застосування психологічних захистів у подоланні страху смерті, який здатен дезорганізувати когнітивну та поведінкову активність. У теорії управління страхом смерті Я. Грінберг виділяє два рівні захисту: периферичний (віддалений), пов'язаний з усвідомленими уявленнями про смерть, і проксимальний (ближній), який запобігає актуалізації знань про неможливість уникнення смерті. Активація одного із цих способів захисту залежатиме від рівня усвідомлення екстремальної ситуації, в якій постійно перебуває військовослужбовець. Далеко не новою є думка, що усвідомлюваний рівень захисту буде з усіх поглядів ефективнішим. Підтверджуючи цю тезу, Л. Хелл і Д. Зіглер зазначають, що усі несвідомі психологічні захисти є способом самообману, оскільки зниження інтенсивності переживання відбувається за рахунок фальсифікації сприймання та ставлення до реальності, яка оточує особистість. В умовах постійної загрози військовий змушений не лише усвідомлювати близькість смерті, а й мати можливість діяти в цій ситуації, реагувати, відновлюватися. Повторюване почуття страху накопичується в організмі людини, витісняє інші способи реагування, що за певних умов може зруйнувати психічний опір організму, призвести до емоційного зриву, психологічно зламати та виснажити. Дослідження військових психологів (Я. Агрелль) підтверджують, що 80-90 % бійців постійно відчують страх у бою, і це для них природно. Проте страх смерті власного Я загострюється через усвідомлення смерті Іншого (товариша, колеги, командира). Підсилює танатичну тривогу і низка зовнішніх факторів: вибухи, постріли, авіаційні штурми, гуркіт бойової техніки, крики атакуючих, стогін поранених, тіла вбитих, зруйновані будівлі, пожежі та інші подібні подразники.

Які практики інтеграції страху смерті можуть застосовувати в таких ситуаціях військові? На нашу думку, найбільш конструктивними в умовах військової діяльності є практики прийняття, а саме: практики усвідомлення, ритуалізації та інвестування.

Практики усвідомлення характерні для професійних військових, які мають відповідну освіту та досвід війни, для добровольців, які самостійно приймають рішення про участь у воєнних діях. І тих, й інших об'єднує те, що їхній вибір був зроблений усвідомлено, самостійно, без примусу, а тому й відповідальність за власні дії і своє життя вони братимуть на себе, виявляючи певний рівень зрілості, готовності та внутрішньої мотивації перебувати в зонах бойових дій. Чого не скажеш про тих, хто такого усвідомленого вибору не робив. Через примус, обов'язок як зовнішній фактор, а не внутрішнє відчуття "новоспечені" військові, які ще вчора були музикантами, менеджерами чи водіями, не мають ні бажання, ні готовності, ні досвіду, ні внутрішнього поклику для здійснення військової діяльності. Наслідки такої ситуації можуть бути різні: від явища дезертирства, намагання відкупитися від небажаної участі до суїцидальних спроб. Для такого типу військових характерні практики уникання страху смерті: ігнорування, маскування, заміщення.

Найбільш поширеними практиками серед військових є *практики ритуалізації* - різноманітні ритуальні дії, що використовуються ними для зменшення тиску страху смерті на життєдіяльність та підняття бойового духу. Такими практиками можуть бути специфічні ритуали, створені самими бійцями під час проходження військової служби, які вони здійснюють безпосередньо перед боєм, перед сном чи під час поховання товариша по службі. Наприклад, один із бійців розповів про ритуал прощання із загиблими, тіла яких неможливо було поховати внаслідок їх абсолютного знищення. Усі члени цієї військової частини збиралися в одному з обраних місць для вшанування пам'яті загиблих та встромляли у землю ніж із жовто-блакитною стрічкою, що символізувало «загинув за честь і славу України». У військовому таборі найбільш поширені побутові ритуали: приготування їжі, чищення зброї, прибирання території, будівництво захисних споруд, риття окопів тощо. Кожен із цих

ритуалів не лише покликаний заповнити час перебування бійця в таборі, а й має психологічний аспект, щоб максимально обмежити час його усамітнення задля уникнення надмірної рефлексії, процесу самозаглиблення, активації травматичних думок та можливих трагічних дій унаслідок цього. Більшість ритуальних практик у побуті бійця мають фізичний характер. Через активну фізичну дію знімаються напруженість і стрес у тілі. Для зняття емоційного стресу застосовують такі практики ритуалізації, як листування, пісні, молитви тощо.

Ще одним поширеним видом практик інтеграції страху смерті є *практики інвестування*. З одного боку, військові інвестують свій життєвий час, потенціал і сили залежно від індивідуальних смислових конструктів у захист держави, у можливість виборювання вільного майбутнього для своїх дітей, в отримання екстремальних відчуттів на болю бою тощо. Таке інвестування є провідним мотивом для бійця і підживлює в ньому його особистісний, самостійно визначений сенс того, заради чого він там перебуває. З другого боку у реальній ситуації війни мотив може змінюватися, смисли можуть втрачати свою цінність, а розчарування здатне посіяти розпач та депресію. Змодельований раніше особистісний сенс перебування в таких екстремальних ситуаціях втрачає свою силу і виникає потреба в пошуку нових інвестиційних баз, куди можна було б направити свою тривогу і страх. Такими практиками можуть бути практики інвестування у творчість: розроблення стратегічних планів у бою, написання пісень, польових віршів тощо.

Описані вище практики прийняття страху смерті серед військових характерні в умовах перебування солдата на службі, коли він не може звернутися по допомогу до спеціаліста. Тому такі способи оптимізації процесу інтеграції страху смерті, як масштабування (підсилення сприйняття і значення тих подій, явищ, речей, які до того були незначущих, непомітними, дріб'язковими, другорядними) та імунізація (специфічне прийняття в малих дозах ін'єкцій страху смерті), виникатимуть у військових природним шляхом, без участі терапевта. У такому контексті, з одного боку, війна стає своєрідним збільшувальним скельцем. Таке наближення до деталей дає чіткіше уявлення про те, що є головним, а що – тлом у житті особистості. Відбувається переоцінка цінностей, зміщення важливих особистісних координат у просторі первинного/другорядного, важливого/того, що вже не має сенсу; реального/уявного; свого/чужого; істинного/фальшивого тощо. Ті військові, що мали щастя повернутися, часто говорять про те, що війна їх змінила, що вона відсіяла все другорядне і залишила лише те, що справді важливе. Не рідкістю є бажання бійців після повернення із зони бойових дій одружитися, мати дитину, кохану, побудувати дім, змінити професійну діяльність тощо. Таким чином, ставлення до смерті в умовах військової діяльності істотно корелює із сенсом життя людини, чітко окреслюючи смисложиттєві цінності особистості військовослужбовця, підпорядковуючи їм його дії, життєві вибори, особистісні домагання та вчинки. З другого боку, війна постає як ін'єкція проти страху смерті. Тема скінченності для військових є відкритою: вони щодня бачать смерть на власні очі, говорять про неї, якимось чином готуються до неї, переживають її тощо. Усе це сприяє виходу страху смерті з підсвідомості на поверхню й адаптує психіку до такого способу існування, навіть якщо воно тимчасове. Відбувається свого роду нормалізація ненормованих у мирному суспільстві подій, що слугує певною терапевтичною ін'єкцією в подоланні негативних впливів страху смерті на особистість та її життєпобудову в стресових умовах. Таким чином поетапний процес імунізації дає можливість розщепити сильну емоцію шляхом її усвідомлення та прийняття.

Після повернення військовослужбовця до мирного життя виникатимуть інші запити, де тема смерті може часто зринати на поверхню в нових контекстах (наприклад, відчуття спустошеності і бажання піти із життя, відчуття вини перед загиблими друзями і переконаність у тому, що він не має права жити щасливо і повноцінно в мирному світі, коли в цьому світі немає його побратимів по бою, тощо). Застосовуючи терапевтичну функцію в роботі з військовими, коли вони вже перебувають на стадії реабілітації, можна використовувати такі способи оптимізації взаємодії людини зі страхом смерті: перезавантаження, демеханізацію, пошук нового сенсу, наративізацію.

Метод наративізації – осюжетнення теми смерті, надання їй форми, з якою зручно і комфортно працювати - ніби влітає смерть як значущу фігуру життєвого досвіду в певний

сюжет, де вона стає його головною або другорядною дійовою особою. У наративному підході солдат виступає в ролі автора власної історії, яку може переписати, видозмінити тощо. Можна говорити про те, що створення своєї власної історії є за суттю і формою активізувальним процесом, пробудженням суб'єктності особистості, а відповідно джерелом особистісного ресурсу. Відбувається свого роду певне дистанційоване інсценування подій, які вже відбулися. Військовий може приміряти на себе різні ролі, відійти від домінантної ролі бійця і зупинити свій вибір на тій ролі, яка справді синхронізує його внутрішні вагання і є для нього значущою.

Війна дуже часто супроводжується ситуаціями зіткнення зі смертю, які мають властивість розкривати «хибні смисли» – скопійовані або соціально бажані, що були запозичені в соціуму, проте не забезпечували відповідного конструктивного смислового ефекту для окремої особистості. Тому не рідкісним явищем серед військових після повернення із зони бойових дій є переживання смислового вакууму у зв'язку зі зміною психологічного контексту: коли старі смисли втрачено, а нові ще не утворилися. Таким чином, одним із важливих напрямів роботи з військовими стає **пошук** нового, неупередженого, унікального **сенсу**. Роздуми про сенс є активним процесом; він здатний впливати на результат переживань, пов'язаних з травматичною ситуацією, і відповідно на сам процес виходу з неї та подальше вибудовування своєї життєвої стратегії. Сенсом може стати тільки те, що пропущено людиною через її особистий досвід, а тому необхідно відшукати в досвіді особистості те, що буде мати для неї неабияку цінність та беззаперечну значущість. Приписане значення або сформований смисл направляють поведінку людини: що їй робити далі? Що потрібно приводити до ладу? Для чого все це потрібно? Чому саме я? У чому сенс? Заради чого все це відбувається? Відповідаючи на такі запитання, людина часто спирається на вже вироблену нею систему цінностей, особистих життєвих настановлень та свою життєву позицію. На думку А. Ленгле, що важчі життєві обставини, то глибшим стає зміст, допомагаючи досягнути глибинний смисл.

Наступний спосіб оптимізації процесу інтегрування страху смерті – **перезавантаження**. Ця обов'язкова процедура для військових у тому випадку, коли відбувається потужна фіксація на ситуації зіткнення зі смертю. Це може призводити до «психологічної кататонії», за якої людина «зависає» у стані шоку і не здатна далі просуватися в напрямку пошуку виходу. Будь-яка дія (фізична або психологічна) сприймається як безглуздість і як щось непотрібне. Перезавантаження - це можливість пережиття невідрефлексованого досвіду, що дасть людині змогу відреагувати на подію достатньою мірою, щоб рухатися далі. Такого ефекту пережиття можна досягти, застосовуючи психодраматичні методи, методи гештальттерапії, арт-методи тощо.

Непопулярним через свій провокативний характер (у тому розумінні, що застосовувати його потрібно дуже вибірково) є спосіб **демеханізації** – «виривання» особистості з одного контексту і переміщення її в новий (абсолютно інший, несхожий на попередній). Відбувається вихід із звичних способів взаємодії з феноменом смерті, старий досвід порівнюється з новим (метод контрасту). Що ж стосується військових, то таку зміну контекстів вони переживають двічі: уперше – коли солдат із мирного життя потрапляє на війну; вдруге – коли адаптований до умов війни повертається до мирного життя. У роботі з військовими необхідно детально проаналізувати ці два різні досвіди життєсприймання і здійснити заміну неефективного (але актуального на даний період часу) погляду на життя (стилю життя) на новий або такий, який існує в життєвому досвіді особистості, але не виявляється з тих чи тих причин.

Взято зі статті:

Миرونчак К. В. Шляхи інтеграції страху смерті у військових / К. В. Миرونчак // Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей / Ін-т соціальної та політичної психології ; Представництво Польської академії наук у м. Києві ; Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр. - К. : Міленіум, 2015. – С. 88 – 98.

ПРИНЦИПИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДИТИНІ, ЯКА ВТРАТИЛА БЛИЗЬКУ ЛЮДИНУ

Батьки та вчителі зазвичай намагаються розповідати дітям про різні прояви життя, проте уникають розмов та пояснень стосовно смерті. І все ж, досвід доводить, що в тих родинях, де тема смерті не заборонена, де відверто та ясно, у доступних дитині формах відповідають на її запитання, діти виявляються краще підготовленими до серйозних втрат. Ідея ознайомлення дітей із цією сумною стороною життя зустрічає певний опір дорослих, особливо вчителів, які вважають, що дитину потрібно захищати від таких думок.

Часто дорослі поводяться стосовно дитини, що страждає через втрату, саме так, як цього не потрібно робити: вдають, ніби нічого не трапилось, намагаються уникати спогадів про померлого, вважаючи, що оберігають дитину в такий спосіб, насправді вимагаючи від неї самотужки виробляти захисні механізми до горя, яке її спіткало, та шукати шляхи опанування своїх негативних переживань.

Якщо у родині горе, дитина повинна бачити і виражати його разом з іншими, її переживання ніколи не можна ігнорувати. Водночас, у такий момент дитина потребує додаткових знаків любові та підтримки.

Перша реакція на смерть – шок. У дітей він зазвичай виражається мовчазним зануренням у свої внутрішні переживання або вибухом сліз. Дуже маленькі діти можуть відчувати болісне почуття дискомфорту, але не шок. Вони не розуміють, що відбулось, але добре відчують загальну атмосферу в домі. Не найкращим варіантом поведінки буде розвага дитини (купити іграшку або солодощі, включити телевізор), адже вона є тимчасовим засобом і не допомагає опанувати горе, а тільки на деякий час переключає увагу. Важливо обійняти дитину, дати їй розслабитись, посидіти або полежати, поплакати, при цьому не варто поводитись так, ніби у неї болять зуби. Дитині потрібен час, щоб погорювати та поговорити про матір, батька, сестру або брата. Якщо дитина старшого віку, важливо надати їй роль у спільній підготовці до похорону, тоді вона не відчуватиме себе ізольованою серед зайнятих справами дорослих.

Не можна удавати, що нічого не сталось, що життя продовжується таким, як і було. Будь-хто потребує часу, щоб звикнути жити без близької людини. Це, на жаль, не запобігає виникненню несподіваних поведінкових реакцій, проте дозволяє уникнути розвитку глибоких страхів, які можуть призвести до серйозних психологічних проблем багато років потім. Найголовніше, чого потребують діти у цей важкий час, – це демонстрація підтримки, любові та турботи.

Прикладом допомоги дітям-дошкільнятам, які втратили обох батьків, є рекомендації Шведської служби соціальної допомоги. Працівник соціальної служби повідомив дітей, що життя їхніх батьків перервалось, і через декілька днів відвідав з ними те місце, де відбулась аварія. Він розповів, як зміниться відтепер звичне життя дітей: до школи їх буде супроводжувати Л., жити вони будуть із Н., а за допомогою завжди можуть звернутись до К. Отже, було перелічено всі сфери активності дітей і підказано форму вираження горя з приводу втрачених батьків. Така форма повідомлення може здатись «холодною», проте більш гуманно дати дітям засоби відновлення їхньої картини світу, ніж залишати їх у переживанні жаху, розгубленості та руйнівної невизначеності.

Важливо, щоб біль втрати поділявся усіма членами родини. Біль минає, але ми назавжди залишаємо близьких у нашій пам'яті, відчуваючи до них легкий суток та безмежну вдячність час той час, увагу, любов і досвід, який ми отримали від них колись... і це дуже потрібно знати дітям. Таке розуміння дозволить винести позитивний досвід втрати та підтримає у житті.

Найскладніше для дорослого – повідомити дитину про смерть близької людини. Краще, якщо це зробить хтось із рідних, якщо можливо, той, кого дитина добре знає і кому довіряє. У цей момент важливо торкатись дитини: взяти її руки, обійняти. Дитина повинна відчувати, що її, як і раніше, люблять і що вона не буде залишена. Важливо, щоб у неї не виникло переживання своєї провини з приводу смерті дорослого.

Дитина може демонструвати спалахи гніву стосовно дорослого, який приніс сумну звістку. Не варто у цей момент умовляти її контролювати себе та взяти себе в руки, адже горе, яке не було пережите вчасно, може повернутись через тижні або роки після того.

Доросліші діти у такий момент віддають перевагу самотності. Не варто переконувати їх у чомусь, їх поведінка природна та є своєрідною психотерапією.

Дитину треба оточити фізичною турботою: готувати їй їжу, стелити на ніч ліжко тощо. Не слід навантажувати її у такий момент дорослими обов'язками («тепер ти – дорослий чоловік, не засмучуй маму сльозами» – інколи таке повідомлення чує навіть восьмирічна дитина). Утримання сліз не природне і навіть шкідливе. Проте якщо дитина не хоче плакати, не можна її примушувати.

Під час горювання у родині не варто ізолювати дитину від родинних турбот, усі рішення повинні прийматись усією родиною (Андрєєва, 1991).

Бажано, щоб дитина говорила про свої страхи, проте не завжди легко її до цього заохотити. Потреби дитини дорослі вважають очевидними, проте мало хто з них розуміє, що дитина потребує визнання її болю та страхів, що їй потрібно виразити свої переживання, пов'язані з втратою близької людини.

Вважають, що після похорону життя родини приходить до норми: дорослі повертаються до роботи, а діти – до школи. Але саме у цей момент втрата відчувається дуже гостро. Якщо в перші дні після трагедії діти знають, що правомірне будь-яке виявлення почуттів, то через деякий час на зміну емоціям можуть прийти соматизовані прояви переживань - енурез, заїкання, сонливість або безсоння, дитина може почати гризти нігті тощо. Неможливо дати одну спільну для всіх випадків рекомендацію, головне – виходити із потреб дитини у любові та увазі до неї.

З метою корекції агресивної поведінки маленьким дітям можна дати різноманітні коробки, ящики, балони, папір, дозволяється ламати, руйнувати та рвати. Дорослішим дітям можна доручити роботу, яка потребує значних зусиль, або тривалу прогулянку пішки чи на велосипеді.

Реакція дитини на звістку про смертельну хворобу близької людини. Вище вже було сказано, що дитині краще знати про те, що відбувається у родині. Біль втрати не стає меншим через те, що дитина знала про смерть близького наперед, але дитина має можливість проститись, не отримує додаткової травми через те, що вилучена із кола родинних проблем, не вимушена самотужки домислювати відповіді на питання, які перед нею постають (Петрова, 2004).

Звістка про діагноз викликає ті ж реакції, що й звістка про смерть: шок, зціпеніння, недовіру й заперечення. Пізніше приходять страх, тривога, почуття безпорадності та гнів («чому це сталось саме зі мною?»). Звістка може викликати почуття образи стосовно тих, у кого все гаразд.

У змінених обставинах життєдіяльності родини дитина може відчувати ревності до хворого, який притягнув до себе всю увагу та любов усіх членів родини. Маленькі діти можуть погано поводитись, але не можна вдаватись до фраз типу «поводьтесь тихіше, інакше тату може стати гірше», адже вони породжують у дитини віру в те, що її вчинки можуть мати якісь наслідки на самопочуття хворого (звідки виникає умовивід: «страшна хвороба зникне, якщо я поводитимусь добре»).

Така логіка може викликати почуття глибокої провини за стан рідної людини та її смерть.

Дітям варто відвідувати своїх хворих рідних у лікарні, якщо це не реанімаційне відділення, яке може налякати дитину. Іноді доросліші діти відмовляються відвідувати

близьких через різні причини: вони можуть сердитись на лікарів, які не можуть допомогти хворому, ревнувати та дратуватись, що самі не є центром спільної уваги, сердитись на себе через ці почуття. Підлітки можуть побоюватись, що у лікарні вони будуть змушені поводитись як дорослі, відчуваючи, що вони ще не готові поводитись не так, як відчувають.

У таких випадках не треба брати дитину з собою на час відвідування лікарні, а варто залучити її до спільної справи через виконання якогось доручення: вона може зателефонувати дорогою додому із школи і зустрітись із матір'ю у холі лікарні, або забігти до аптеки і купити потрібні хворому ліки.

У разі раптової смерті одного з батьків дитина, якщо не бачить страждань іншого батька, може почуватись залишеною. У цій ситуації вона потребує фізичного контакту, емоційної підтримки, переконання в тому, що світ не зруйновано остаточно. Діти стикаються зі змінами у поведінці овдовілих батьків: мати або батько можуть переживати суперечливі почуття, виникає бажання померти або відчувається сильний страх перед якоюсь катастрофою чи повним сирітством дітей. Батько може стати занадто суворим та вимогливим до дитини, і навпаки, до того малоемоційні жінки можуть перетворитись на сповнених любові та турботливості. Відповідальний та уважний до дітей батько, який раніше багато часу проводив із дітьми, тепер не може змусити себе повертатись до дому, де немає дружини. Він затримується на роботі, демонструє повну незацікавленість у родині. Дуже важливо, щоб батько, який залишився, зміг згадувати та говорити про померлого як із сльозами, так і сміючись, щоб він не перетворився для дитини на міф, а залишався реальною людиною, про яку можна згадувати (Петрова, 2004).

Усе вищезазначене ще раз доводить, що тема смерті не повинна бути табуована: до моменту, коли дитина закінчує початкову школу, вона повинна мати уявлення про смерть як про частину життя. Очевидними прикладами, на яких можна навчати дитину, є зміна пори року, смерть домашньої тварини тощо.

Питання для обговорення у зв'язку зі страхом смерті (у групі або індивідуально: допомагають усвідомити та опрацювати страхи, побоювання та тривоги у зв'язку зі смертю, прийняти її неминучість та обрати життя, яке приносить більше задоволення – Дацишин, 2003).

1. Коли у своєму житті ви вперше зустрілися зі смертю?
2. Як ви це усвідомили та пережили?
3. З ким ви це обговорювали?
4. Чий ще смерті ви пережили?
5. Ваше ставлення до обрядів похорону.
6. Які почуття у вас виникають під час відвідування кладовища?
7. Як із часом змінилось ваше ставлення до смерті?
8. Ваші фантазії та сновидіння про смерть.
9. Як ви уявляєте собі свій похорон?
10. Що б ви хотіли, щоб було написано на місці вашого поховання? Некролог?
11. Який заповіт ви б залишили? Що б ви хотіли залишити своїм близьким після своєї смерті, виключаючи матеріальні цінності?
12. Що б ви робили, якби вам залишилось жити тільки один рік?
13. Які почуття та думки у вас виникають, коли ви зустрічаєте тих, кого довго не бачили? Які почуття переживаєте під час перегляду старих фотографій?

ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ КРИЗОВОГО ТЕЛЕФОННОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ

(з посібника з телефонного консультування.

Робота з суїцидом та кризою

за ред. Лепеха Т., Лешукова О., Зуєва Г., скорочено)

Слово «самогубство» звучить у кожному четвертому випадку, і питання на цю тему звучать зі злістю, впертістю та сильним страхом. «Чому ви це зробили?, «хто вас поранив?», «ви насправді бажаєте померти?». У відповідь ви почуєте: «Залиште мене!», «я тільки хочу заснути назавжди», «не хочу більше болю і страху катастрофи».

Будь ласка, тільки слухайте. Не бійтесь. Слухайте уважно. Слухайте від усього серця. Будьте емоційно сприйнятливі. Допоможіть абоненту побачити альтернативи у його світі чорного-і-білого, всього-або-нічого. Побачте надію там, де він нічого не бачить. Допоможіть йому повірити у свою спроможність до розвитку, здатність любити, сміятись. Допоможіть побачити красу та цінність життя, повірити, що в житті є не тільки біль та страх. Дайте йому розповісти, поділивши його почуття, позбавивши їх настільки погрозливих розмірів.

Превенція самогубств. Будь-який абонент може перебувати у стані кризи, але кожний суїцидальний абонент перебуває у цьому стані. Суїцид може бути реакцією на важку кризу, що настала, тобто панічною реакцією на суб'єктивне відчуття того, що те, що відбувається, вийшло з-під контролю. В іншому визначенні суїцид є спробою припинити існування, яке суб'єктивно сприймається як нестерпне.

Для людини у стані кризи принциповими факторами є гнітюча важливість нерозв'язаної проблеми та почуття безпорадності і безнадійності. Гніт цих почуттів провокує індивіда до дій з негайного вирішення ситуації.

Будьте відкриті та сконцентровані, якщо підозрюєте суїцид. Якщо абонент суїцидальний, то причина його дзвінка – поговорити про суїцид. Здатність говорити про суїцид вільно корисна для зниження тривожності клієнта з приводу його суїцидальних імпульсів. Якщо абонент розуміє, що ви цікавитесь ним або нею і не боїтесь подібних думок, він може усвідомити, що суїциди не є вирішенням його проблеми.

Абоненту потрібна певна сміливість, щоб розповісти про те, що він збирається вчинити самогубство. Це буде розкриття фантазій, зняття аури таємниці й інтриги. Краще це зробити, поставивши прямі питання про суїцидальні почуття і плани абонента. Наприклад, ви можете сказати: «Чи думаєте ви про самогубство?», «Чи відчували ви щось подібне раніше?», «Чи були у вас спроби самогубства?», «Як ви збираєтесь зробити це?», «Чи є у вас для цього засоби (таблетки, зброя тощо)?», «Коли ви збираєтесь позбавити себе життя?».

Прослуховування суїцидальних планів абонента допоможе вам вирішити, наскільки серйозна загроза самогубства. Необхідно прослідкувати шляхи розвитку ідей, щоб зрозуміти, куди вони ведуть, але ви не повинні розмовляти занадто багато. Абоненту повинно вистачати часу, щоб вільно виражати свої думки. Говорячи занадто швидко, щоб заповнити паузи, ви можете дратувати абонента. Паузи дозволяють йому зібратися з думками та висловити їх. Якщо ви встановили, що абонент уже здійснює суїцидальні спроби (випив таблетки, перерізав вени тощо) або ось-ось збирається зробити це, дійте прямо та активно. Процес допомоги потрібно прискорити.

Додаткову інформацію потрібно запросити, коли ви встановили, що абонент уже здійснює самогубство. Перша необхідна інформація – це з'ясування стану абонента. Потрібно спробувати дізнатись, як давно і де він перебуває. Якщо ви не можете отримати необхідну інформацію про абонента у стані саморуйнування, потрібно повідомити у

відповідну службу. Там зможуть визначити місцезнаходження абонента за лінією зв'язку. Якщо ви отримали таку інформацію, викличте швидку допомогу. Вкрай важливо утримати абонента від уживання засобів самогубства. Намагайтесь розмовляти з ним, мобілізувати будь-які інші ресурси. Якщо існують значущі інші, треба попросити дозволу переговорити з ними про стан клієнта.

Якщо дзвінок надходить уночі, потрібно пам'ятати, що у цей час більшість проблем набуває особливої значущості. Тоді найближчою метою може бути допомогти абоненту пережити ніч. Спробуйте зібрати достатню кількість інформації, щоб зрозуміти, наскільки великий ризик спроби самогубства. Для клієнта під владою сильних самодеструктивних тенденцій, як правило, допомога полягає у комунікації з іншими.

Найтривожніший сигнал – повна самотність клієнта. Для консультанта це знак того, що клієнт утратив будь-яку надію на краще. Дуже важливими для клієнта можуть бути його форми комунікації з іншими. Спілкування може бути вербальним і невербальним, прямим і непрямим. Серйозним є таке становище в суїцидальній ситуації, коли абонент занурений у невербальні та непрямі комунікації. Такі «комунікативні акти» свідчать, що спілкування між абонентом та оточуючими неясне та часто провокує прояв суїцидальних імпульсів.

Суїцидальна діяльність часто є проявом безпорадності та безнадії. Суїцидальні абоненти вдаються до такого способу, коли відчувають неспроможність подолати проблему та вважають, що інші їх не розуміють і не відповідають на їх потребу у допомозі.

Отже, суїцидальна поведінка стає вимогою уваги, яка, як відчуває абонент, втрачена. Для такого абонента притаманні такі твердження: «Я не хочу більше жити», «я збираюсь покінчити з собою». Почуття можуть також виражатись у термінах дій, за типом прийому таблеток, пістолета, висловленого рішення скласти заповіт або роздати накопичене майно.

Почуття можуть виражатись прямо або непрямом, часто дуже специфічно. Коли почуття виражають непрямом, буває важко впізнати прихований зміст слів або зрозуміти реальний контекст комунікації. Упізнання комунікативних аспектів суїцидальної поведінки дозволяє точніше оцінити ситуацію та дати більш цінну пораду. Дослідження доводять, що у більшості випадків потенційні самогубці свідомо або несвідомо якимось чином повідомляють про свої наміри, перш ніж зробити фатальний крок. Той, хто сидить біля телефону, може бути єдиним, кого попереджає самогубець. Знаками цього можуть бути почуття симпатії, тривожності, злості або ворожості, які виникають у консультанта, поки він спроможний рефлексувати свої реакції. Універсальною тенденцією, про яку ви повинні знати, є почуття всемогутності, яке може виникати у консультанта. Адже будучи всемогутнім, ви зможете вирішити всі проблеми та задовольнити всі потреби кожного абонента. Інші почуття, переживання яких може спричинити абонент, – це ваші власні почуття з приводу смерті. Смерть є частиною нашого існування, але в західній культурі ця тема завжди була табуована. Ці табу-почуття будуть відчуватись і навіть виявлятись у спілкуванні з абонентом до тих пір, поки консультант залишається чутливим до своїх переживань з приводу смерті. Щоб ці переживання не заважали вам у спілкуванні з клієнтом, ви повинні утримуватись від моралістичних тенденцій з питань смерті та суїциду. Позиція консультанта: суїцид слід передбачити, якщо це можливо. Проте треба усвідомлювати, що існують також інші позиції.

Багато суїцидальних ситуацій можуть спричинити у вас переживання тривоги та сумнівів у вашій спроможності керувати критичною ситуацією. Певний рівень тривожності припустимий, але занадто висока тривожність може зашкодити вам, особливо якщо вона передається абоненту, який залежить від вас. Суїцидальний абонент, який відчуває безпорадність і розгубленість, почувши вашу тривожність, може втратити надію. Подібно до інших життєвих ситуацій, консультант повинен розвинути у собі впевненість та володіння собою за допомогою тренувань та досвіду.

Варто також зауважити, що багато, можливо, більшість людей, які намагаються покінчити життя самогубством, насправді не хочуть померти. Почуття суїцидента, таким чином, подвійні: він хоче і жити, і померти. Це – риса суїцидальної особистості. Вам потрібно побачити цю амбівалентність протягом розмови з абонентом. Прикладом амбівалентності є абонент, роздратований на кохану людину за заподіяну йому реальну або уявну шкоду і сповнений водночас сильних почуттів як любові, так і ненависті. Такий абонент може прийняти летальну дозу барбітуратів, а потім звернутись до будь-кого у пошуках порятунку перед тим, як утратити свідомість. Ставлення та сила двох протилежних імпульсів до життя та смерті можуть варіювати у різних умовах. Більшість людей більше хочуть жити, ніж померти. Амбівалентність – це і є той факт, завдяки якому можливо передбачити суїцид. Працюючи з суїцидальним абонентом, потрібно оцінити обидва ці відчуття та їх взаємовідношення. Тоді ви зможете покласти ваші зусилля на чашу бажання жити. Гостра суїцидальна поведінка притаманна як стабільним, так і нестабільним особистостям. Хронічна суїцидальна поведінка притаманна тільки нестабільним особистостям. Особливо важливо бути спокійним та вдумливим у розмові з хронічним суїцидентом. Такій людині потрібно дати зрозуміти, що в минулому вона переживала звичайні кризи. Головною метою буде допомогти абоненту встановити міжособистісні стосунки зі стабільною людиною.

Оцінка летальності

1. *Вік і стать.* Статистика та досвід доводять, що кількість самогубств підвищується з віком, а чоловіки частіше позбавляють себе життя, ніж жінки. В цілому, суїцидальні ідеї та поведінка більш притаманні чоловікам, ніж жінкам. Найбільш небезпечний випадок у чоловіка похилого віку, найменш небезпечний – у молодій жінки. Хоч жінки частіше роблять спроби самогубства, чоловіки частіше кінчають з життям. Співвідношення чоловічих та жіночих самогубств – приблизно 4/1.

Отже, суїцидальні загрози та спроби у чоловіків слід сприймати всерйоз. Пам'ятайте, чим старша людина, тим серйозніший її самодеструктивний потенціал. У чоловіків старше 50 років рідко бувають суїцидальні дії з нелетальним результатом. Чоловіки зазвичай скоюють суїцид за допомогою вогнепальної зброї, ріжучих предметів та сильних отруйних речовин. За контрастом: у групі молодих жінок від 15 до 35 років найбільша кількість нелетальних суїцидальних комунікацій і спроб і найменша кількість самогубств. Іншим фактором, що свідчить на користь низької небезпеки летального результату в жінок, є вибір засобів (наприклад, барбітурати, отрута тощо), а також їх величезне бажання повідомити, попросити про допомогу, прийняти її. У середньому та похилому віці серед жінок суїцидальні загрози стають серйознішими.

Вік і стать, таким чином, є основою для оцінки суїцидальної ситуації, але у кожному випадку є свої індивідуальні особливості. У *підліткових суїцидах* можна виділити такі категорії:

- а) сигнал дистресу («приділіть мені увагу, я дуже потребую вашої допомоги»);
- б) спроба маніпулювати іншими (десятирічна дівчинка може прийняти велику дозу таблеток, щоб змусити свого хлопця повернутись до неї);
- в) спроба покарати інших (можливо, сказати батькам: «Ви пожалкуєте, коли я помру»);
- г) маніфестація розумового розладу; спроба відновити контакт із коханою людиною, яка померла; реакція на відмову; в результаті занадто сильного почуття сорому та провини; уникнення зіткнення із занадто болісною ситуацією; ЛСД або інші наркотики, що можуть спричинити переживання та галюцинації, які призводять до спроб самогубства серед підлітків.

Було б нерозумно віднести перелічені категорії тільки до підлітків. Багато категорій можуть бути присутні і серед дорослих, і навіть у похилому віці. У молодому віці поразки мають діловий, шлюбний або романтичний характер і виражають втрату або

відмежування. Втрата (за типом розлучення, перерваних стосунків, звільнення з роботи, розорення, смерті у родині) зазвичай має характер градуальної (поступової) або раптової події, яка провокує суїцидальну поведінку. Серед абонентів цієї вікової групи ви можете зіткнутись з утратою коханої людини або важливими фінансовими втратами. Як група, молоді люди схильні до депресії. Вам потрібно визначити, наскільки занурений у депресію ваш абонент. Ступінь депресії часто є інформативним показником серйозності суїцидальної загрози. Депресія може призвести до втрати фізичної сили та привабливості, головного болю, абдомінального дистресу, втрати сексуального інтересу, втрати апетиту та ваги, можуть бути вербалізовані скарги на безсоння, загальну втрату інтересу, відчуття нещастя, втрату цінностей, відчай та соціальну ізоляцію. Професійні та шлюбні невдачі можуть бути не помічені іншими, і тоді самогубство здається єдиним можливим виходом.

У *похилому віці* абоненти часто стикаються з ще одним блоком проблем. Це можуть бути самотні люди, відділені від сім'ї та друзів смертю та / або відстанню. Вони можуть бути пригнічені хронічними хворобами та втратою самооцінки. Дослідження довели, що найбільша кількість самогубств припадає на вік 40-65 років. У випадку абонентів похилого віку (як і з іншими) ви повинні не тільки зібрати основну інформацію про суїцидальні ідеї та поведінку, а й дозволити абоненту обговорити два почуття – фрустрації та злості, які привели до рішення покінчити з життям. Каналізуючи самодеструктивні почуття, абонент має можливість відновити відчуття стабільності.

2. Проблема раптового стресу. Інформацію про проблему або подію, що відбулась, можна отримати з відповідей на запитання типу: «Чому ви дзвоните у цей час?» Типовими раптовими подіями є втрати, такі як смерть близької людини, розлучення або розлука, втрата роботи, грошей, престижу або статусу, втрата здоров'я через невдалу операцію або нещасний випадок, загроза звинувачення, покарання або викриття тощо.

Іноді підвищення тривожності та напруження є наслідком успіхів, таких як просування по службі або підвищення відповідальності. Стрес, який виникає внаслідок раптової події, повинен бути оцінений тільки з погляду абонента, але ніяк не консультанта або суспільства. Те, що ви вважаєте невеликою невдачею, може переживатись абонентом дуже важко. Багато спроб суїциду, особливо серед молодих людей, відбуваються внаслідок розлуки з чоловіком (дружиною) або близькою коханою людиною. За таких обставин самодеструктивна поведінка часто засновується на амбівалентних почуттях. Бажання вмерти співвідноситься із бажанням жити, бути звільненим та возз'єднаним із коханим. Часто такі суїцидальні спроби виявляються успішними як форма адаптаційної поведінки, за допомогою якої повертають кохану людину. З іншого боку, багато з них завершуються смертю, смерть перемагає.

3. План суїциду – можливо, найважливіший критерій летальності. Розглядаючи план суїциду, варто враховувати три такі елементи:

- летальність плану, що викладається;
- доступність засобів;
- міру специфічності деталей.

В основному, специфічний вибір часу, місця та методу самогубства, що планується, є серйозним показником. Проте якщо методом є застосування аспірину, то небезпека тут мінімальна, адже летальність значно знижена. За контрастом, людину, в якій є зброя, і план, спрямований проти себе, слід розглядати як об'єкт, що потребує негайного втручання, якщо не стосовно неї самої, то, щонайменше, стосовно ізоляції зброї. Зазвичай ідеї стрибнути з високого місця варто розглядати серйозніше. Ви можете отримати більше інформації про абонента, який погрожує самогубством, у такий спосіб: «Де ви знаходитесь? Звідки ви збираєтесь стрибнути?» Якщо абонент показує значну кількість специфічних деталей, тобто він витратив час і зробив усю підготовку (збирання таблеток, підготовка мемуарів, придбання зброї), серйозність загрози суїциду різко зростає. Іншим фактором, що збільшує загрозу суїцидального плану, є вочевидь

ексцентричні деталі. Оцінка такого плану дуже залежить від психіатричного діагнозу абонента. Психотик з ідеєю суїциду завжди має високий відсоток ризику та багато вигадливих спроб у результаті психотичної спрямованості.

4. Почуття. Абонент може демонструвати почуття провини, неадекватності, втрати цінностей та сильні тривожність і напруження. Лють, злість, жорстокість та помста низько котируються за нашою шкалою, адже ці почуття можуть зазвичай розсіюватись у процесі діалогу. Якщо вони виражаються без надмірної зніяковілості, констатується лише помірна небезпека. Тут ще присутні воля та дух. Сором, провини, розгубленість тощо повинні уважно оцінюватись за своєю важливістю у житті абонента.

Серйозні суїцидальні ідеї зазвичай пов'язані з почуттями безпорадності, безнадії та краху. Те, що може здатись вам неважливим, можливо, вкрай важливе для абонента. Вам варто висловлювати свої судження лише у тому випадку, якщо абонент утратив контроль та не може міркувати сам. Це повинно засновуватись на головному змісті діалогу. Якщо абонент відчуває, що більше немає смислу боротись із життям, він готовий відмовитись від боротьби. Майбутнє абонента засноване на його власній оцінці своїх почуттів. Вам варто спробувати змінити цю оцінку.

5. Симптоми. Суїцидальні симптоми проявляються у різних психологічних станах. Найзагальнішими є депресія, психоз та тривога. Відомості про важку депресію можна отримати за допомогою розпитувань про порушення сну, втрату апетиту, ваги, соціальну ізоляцію, апатію, зневіру, сильні почуття безпорадності та безнадії, відчуття фізичного та психологічного виснаження. Психотичні стани характеризуються маніями, галюцинаціями, втратою контакту, дезорієнтацією, дуже незвичайними ідеями та експериментами. Важливим є стан тривожної депресії, при якій абонент відчуває свою неспроможність подолати гнітюче почуття тривоги. Він демонструє напругу, страхи, втому та важкість мовлення.

Суїцидальна людина відчуває необхідність діяти у цьому напрямку, аби позбутись власних почуттів. Загроза суїциду зростає серед алкоголіків, гомосексуалістів та наркоманів. Медична ситуація суїцидального абонента може дати важливу додаткову інформацію для оцінки летальності. Наприклад, суїцидальний абонент може страждати на виснажливу хронічну хворобу, що внесла помітні зміни у його бачення себе.

Для абонента з хронічним захворюванням стосунки з лікарем, родиною або у лікарні можуть бути найважливішими. Якщо абонент продовжує бачити в них джерела допомоги – це добрий знак. Абонент може страждати через таємні страхи фатальної хвороби, такої як рак або захворювання мозку, і бачити звільнення у смерті. Тут може опинитись історія про низку невдач при зверненні до лікарів або про крах попередньої терапії. Це важливі симптоми, адже джерела допомоги у значущих інших або у лікарів виявляються для абонента вичерпаними.

6. Ресурси. Часто ресурси, що оточують абонента, виявляються вирішальними у визначенні того, чи буде він жити. Вам варто розпитати його про засоби, які він може застосувати, щоб підтримати себе у ситуації жорстокої суїцидальної кризи. Ці ресурси може надати родина, близькі друзі, лікарі або священники. Чи є такі рідні? Чи існує історія єднання із чоловіком або дружиною? Або, навпаки, історія нестабільності? Постійні амбівалентні стосунки? Самотність? Розчарування?

Фінансові ресурси теж потрібно розглянути. Нещодавня втрата роботи або порушення фінансового статусу можуть виявитись травматичною втратою для певного типу людей, особливо чоловіків середнього віку та ділових жінок.

Абоненти, історія життя яких є саморуйнування (нестабільні внутрішньособистісні стосунки, алкоголізм, сильна залежність) часто досягають кризи у 40-50 років, коли розуміють, що виснажились як у фінансовому, так і в емоційному плані. Вони є, так би мовити, емоційними банкрутами. Після багатьох спроб суїцидальних дій така людина може, нарешті, скоїти реальний суїцид.

Іншим джерелом суїцидального наміру може виявитись робота абонента, особливо якщо вона пов'язана з його або її самооцінкою та значущими стосунками. Сюди ж належить і фінансовий статус, що може вплинути на доступність та локалізацію негайної фізичної та психологічної допомоги. Основним принципом, як правило, є факт, що і для вас, і для суїцидального абонента буде краще, якщо відповідальність за нього буде поділена між якомога більшою кількістю людей. Це дає абоненту відчуття потрібності, того, що інші цікавляться ним або нею і готові допомогти.

Іноді абонент та його родина намагаються зберегти суїцидальну ситуацію у таємниці, або навіть відмовити їй в існуванні. Зазвичай цю спробу скритності або заборони слід нейтралізувати та подивитись на ситуацію чесно і відкрито.

Коли ресурсів немає, ситуація дуже ускладнюється. Те ж саме можна сказати, коли ресурси доступні, але вичерпані або озлоблені, тобто коли друзі та родина відвернулись і зараз відмовляються від зв'язку із суїцидальною людиною. Проте у більшості випадків люди відгукуються на кризу та готові надати допомогу, якщо це можливо.

7. Ставлення до життя. Для вас повинно бути очевидним, що людині, яка любить життя, не притаманний високий ризик суїциду. Якщо для абонента є причини померти, важливо знати, чи є в нього причини жити, що більші за це бажання? Дуже важливо оцінити ці причини. Вміння консультанта виявляються в здатності змінити бачення абонента від відсутності до наявності причин жити. Треба вивчити почуття абонента, щоб визначити його ставлення до життя та спробувати його змінити.

8. Реакції значущих інших. Рідко можна зустріти абонента, в якого не було б нікого значущого у житті. Це хтось, із ким абонент перебуває у тісних стосунках – член родини, друг, священник, лікар тощо. Стосунки між ними та реакція цієї людини на ситуацію дуже важливі для оцінки серйозності загрози суїциду. Значуща інша людина може бути оцінена консультантом як не потрібна (або навіть шкідлива) і не спроможна надати допомогу абоненту, або вона може виявитись важливим та корисним джерелом допомоги. Некорисна значуща інша людина або відмовляється від суїцидента, або заперечує для себе суїцидальну поведінку – як фізично, так і психологічно уникає спілкування. Значущий інший може висувати все більші вимоги, наполягати на задоволенні потреби у залежності тощо. Ви можете відчувати, що значущий інший не знає, яким буде наступний крок, і відмовляється брати участь у ситуації. Така реакція безнадії передає суїциденту почуття, що допомога недоступна із джерел, які були раніше важливими, отже, відчуття безнадії у самого абонента тільки посилюється.

Корисною реакцією значущого іншого буде така, коли він знає про суїцидальне звернення, знає проблему, з якою має справу, і намагається допомогти абоненту. Це продемонструє абоненту, що його звернення почуте і що хтось намагається йому допомогти.

9. Сили. Дуже важливо бачити сили абонента, якими вони є, щоб оцінити патологічні аспекти ситуації. Можливо, абонент уже робив спроби власноруч опанувати проблему, що була причиною стресу.

Спроби знайти вихід із проблемної ситуації повинні робити обое: абонент і консультант. Якщо абонент вважає, що його проблема не може бути вирішена, тоді він шукає допомоги. Одним із показників важливих внутрішніх сил може бути реакція абонента на ваші перші спроби розібратись у ситуації. Якщо абонент здатний допомогти вам – це добрий знак. Поліпшення настрою або роздуми під час бесіди – добрий знак, що свідчить про спроможність абонента прийняти допомогу, яка пропонується.

Якщо це суїцид, який прогресує:

- спитайте, чи є біля нього ще хто-небудь;
- спостерігайте за енергетичним рівнем (не «падайте» разом з абонентом);
- уважно збирайте інформацію, не закидайте абонента запитаннями;
- якщо є зброя, дізнайтесь про її вид, розташування, якщо таблетки – скільки;
- спитайте про алкоголь, якщо уживався;

- не давайте заснути, лягти;
- спитайте: «Яка частина вас хоче жити?»
- спитайте: «Що ви хочете сказати своєю смертю? Кому?».

Консультування кризових абонентів. Три якості, що, на нашу думку, можуть стати найважливішими фактами визначення ефективності консультування, такі:

1. Повага: ставтесь до абонента як до нормальної людини.
2. Добродушність: консультант повинен бути конгруентним.
3. Емпатія: здатність достовірно приймати клієнта та повертати це розуміння (розуміння не тільки самої історії, а й почуттів). Іншими словами, ви повинні вміти стати на позицію клієнта.

Чотири стадії кризової терапії. Стадії кризової терапії визначаються тією метою, на досягнення якої спрямовані. Абоненти можуть потребувати різних цілей у різний час, і тому ми повинні плавно переходити з однієї на іншу і повертатись, якщо це потрібно. Деякі абоненти можуть одразу «перестрибнути» через дві стадії, якщо вони просто шукають альтернативи своїй проблемі, яку вже усвідомили, або якщо вибір вже зроблено. Єдина стадія, якої обов'язково потрібно досягнути, – це прийняття рішення. Будьте гнучкими у своїй поведінці, якщо ви вибрали цю модель.

Стадія 1. Прийняття. Ця стадія спрямована на встановлення контакту з клієнтом. На початку бесіди абонент може перебувати у нерішучості, пов'язаній із тривогою, гнівом, сумом, сумнівами, почуттям провини. Якщо абонент потребує заспокоєння, ви можете затриматись на цій стадії. Вам необхідно:

- підтримувати мінімальний контакт (так, хм-хм, добре);
- заспокоїти (я з вами, я вас слухаю, як сумно);
- слухати (використовуючи ті ж самі слова, парафраз, нові слова, нові смисли);
- узагальнювати (рефлексувати ваші здогадки або сприйняття почуттів, що не виражаються відкрито або приховані у словах).

Стадія 2. Проблема. Завдання стадії – допомогти абоненту у визначенні та проясненні проблеми або конфлікту, пов'язаного з проблемою. Конфлікт може мати багато причин: реальність проти зобов'язань або бажань, безпечність спокою проти небезпечності руху, зміни, мої бажання проти ваших тощо. Якщо ви намагаєтесь визначити проблему, фокусування може змінюватись: зазвичай у таких випадках почуття клієнта стають більш щирими і запитання допомагають прояснити ситуацію. Проте наприкінці клієнт повинен сам визначити свою проблему.

Потрібно застосовувати закриті запитання (використовуються у критичних випадках для збирання важливої інформації), відкриті (починаються зі слів «що, де, як, коли»), проміжні відповіді (потрібно зупинитись і сконцентруватись у розмові на найважливішій та найбільш специфічній інформації), парафраз (узагальнюйте все сказане так, щоб вам обом було легше сконцентруватись на головному).

Стадія 3. Альтернативи. Завдання стадії – полегшити клієнту дослідження можливих альтернатив та їх наслідки. Дуже важливо пам'ятати, що ми не маємо всіх відповідей та не можемо дозволити іншим говорити, як їм будувати своє життя. Право на рішення належить клієнту. Консультант підводить абонента до проблеми з його власними силами та ресурсами. Якщо клієнт вирішує цю проблему, більш імовірно, що наступну кризову ситуацію він опанує сам. Потрібні:

- навідні запитання, що допускають припущення (Хто міг би вам допомогти у цей складний час?)
- минулий досвід (Як це відбувалось раніше? Це траплялось із кимось, кого ви знали? І що вони робили?);
- творча уява та причинні запитання, що могли б допомогти відволіктись (Якби у вас з'явилась можливість загадати одне бажання, що б ви хотіли змінити?);
- оцінка допоміжних систем: тривалий час абонент мав допоміжні системи, які тепер неефективні та важкодоступні. Консультант пропонує нові альтернативи.

Поставтесь до цього творчо. Навіть безглузді ідеї можуть допомогти позбавитись звичного способу мислення, тим більше, добре почуття гумору. Будьте вільнішими у різних стилях спілкування – зазвичай це добре допомагає, коли ви висловлюєте якесь судження.

Консультант пояснює наслідки альтернатив: як ви вважаєте, що відбудеться, коли ви вдієте так? Що б вони відчули? Що найгірше (найкраще) може відбутись? Це великий ризик? Зауважте, що кожне рішення несе у собі долю ризику, і що відмова від рішення – це також рішення.

Абонент розвиває план своїх дій. Ця частина необов'язкова, якщо становище не таке критичне, як шок, травма, сильна депресія та / або суїцид. (Що ви збираєтесь вдіяти зараз? Коли ви подзвонили, що ви збирались робити у першу чергу?)

Стадія 4. Прийняття рішення. Завдання цієї стадії – підвести до завершення розмови. Рішення приходить, коли абонент відчуває, що криза перетворилась на проблему, яку можна регулювати. Якщо криза має тривалий характер, як, наприклад, переживання смерті коханої людини, то консультант повинен залишити можливість для повторного звернення, при цьому переконуючи звернутись за допомогою до інших допоміжних систем (друзі, родина, психотерапія). Консультант повинен підтримувати сили самого абонента. Абонент повинен підійти до проблеми зі своїми власними силами та відчути себе над ситуацією, будучи готовим продовжувати власне життя. «Для того, щоб подзвонити, потрібна мужність. Ви насправді намагаєтесь вирішити цю ситуацію. Я вважаю, ви зробите це прекрасно».

Оцінюйте ваше спілкування. «Що ви думаєте про той час, який ми провели разом?» Завершуйте спілкування, коли хоча б в одного з вас – абонента або консультанта – виникло почуття завершеності цілого смислового шматка. (Я можу ще чимось допомогти? Ви хотіли б ще чимось поділитись? Ми вимушені незабаром закінчити (через 5 хвилин тощо). Як би ви хотіли використати ці 5 хвилин?)

ЗВЕРТАННЯ ДО ТИХ, ХТО ЗВАЖИВСЯ НА НЕПОПРАВНЕ...

Будь ласка, прочитай цей текст, він написаний для Тебе!

У Тебе завжди є вибір. Ти можеш вибрати смерть, якщо захочеш. Життя й у цьому дає тобі повну свободу. Що може бути простіше???....

Можна просунути голову крізь петлю, а потім довго стояти, готуючись до самого останнього кроку у твоєму житті. Що може бути простіше – маленький політ з висоти табуретки, коли пальці ніг, не діставши до підлоги всього декількох сантиметрів, затремтять у передсмертних конвульсіях...

Можна висипати на долоню жменю таблеток. Одну за іншою відправляти їх у рот, запиваючи водою. І кожна буде на один крок наближати тебе до тієї межі, звідки вже не вертаються. А потім, ти заснеш і вже ніколи не прокинешся...

Можна стояти на самому краю даху й дивитися, як унизу у величезних калюжах плещеться чорний небокрай. Ти зробиш крок у порожнечу, яка не підтримає тебе, і ти просто звалишся вниз. Через кілька секунд, твоє зламане тіло застигне кривавим згустком на площині асфальту....

Можна стискати в руці лезо, пронизливо відчуваючи його гострий холод. Ще секунда – і воно розпоре твої вени. Разом із кров'ю – гарячою й темною буде йти з тебе те, що ти так ненавидиш. Твоє життя....

Усе у твоїх руках. Ти можеш вибрати ВСЕ... Навіть свою смерть...

У нас є багато обмежень, але в одному ми по-справжньому вільні. У будь-яку мить ми можемо зробити свій вибір і вмерти. Просто піти із цього життя. І нехай на землі золоту осінь буде змінювати чарівна біла зима, а потім настане зелена квітуча весна, а потім барвисте і гаряче літо....., але тебе вже не буде – тут, у цьому житті... Якщо ти вибереш смерть...

Самогубство – це завжди останній крок. Перехід в інший вимір. Де можна стати тим, кого люди вже не називають людиною. Вони називають його самогубцем. І при цьому сильно бентежаться, знижуючи голос і опускаючи очі, начебто відчувають провину.

Знаєш, друже, я дуже часто думав про смерть. Іноді мені здавалося, що ніхто й ніколи не відчував такому болю. І в голові, немов білка у колесі, вертілася та сама думка: «Мені погано... Мені дуже погано... Я бажаю, що все це припинилося... Як припинити? – покінчити із собою... У мене немає іншого виходу... Я дійсно бажаю покінчити життя самогубством». Це був стан, у якому давно вмерла віра у будь-чому, коли не залишилося ніякої надії. Хоча – ні. Залишалася одна надія – смерть.

Можливо, і ти зараз перебуваєш у такому стані, коли тобі незрозуміло – як у світі можуть існувати радість, щастя, спокій. Як взагалі люди навколо здатні почувати це, і продовжувати жити. Просто жити, не замислюючись над завтрашнім днем. І це так дивно, і ще глибше заганає тебе в яму. Ти думаєш, що ти не такий як вони, ти – просто ізгой. І тобі не місце на цій землі, у цьому світі. Це – не для тебе. І ти точно знаєш, що більше ніколи-ніколи тобі не буде добре. Твоя душа висохнула й спорожніла. Тобі не навіщо більше жити. Тобі хочеться вмерти й більше ніколи-ніколи не народжуватися. Ні в цьому світі, і ні в якому іншому. НІ-КО-ЛИ.

Відчай. Біль. Безнадія. Ці гості навечно поселилися у твоїй душі. Де холодно й сумно. Якби життя мало якийсь сенс. Якби віднайшлося в цьому величезному світі то мале, заради чого варто було б жити. Але все, що навколо – давно втратило свою ціну, а все, що усередині – порожнеча та безглуздість.

Знаєш, я занадто часто думав про смерть, занадто часто вона йшла поруч, і я почував її могильний холод. Знаєш, коли я пишу ці рядки, у моїй душі немає радості й спокою. Вона порожня й сумна, і саме тому я прагну зрозуміти тебе й поговорити з

тобою. Чому я дотепер не зробив це? Що може бути простіше? Позбавити від купи проблем себе й людей, які мене оточують. Чому?

Існує причина. Що б не відбувалося, як би глибоко я не впав – я знаю – усе змінюється... Я не знаю, скільки доведеться чекати. Я навіть не знаю, чи зможу я витримати. Хоча б ще один день... Порожній і чорний. І ще одну ніч. Нескінченно довгу й тужливу...

Але проходить день... Проходить ніч... Вони як важкі краплі ртуті. Згортаються у тижні. Тижні у місяці. Я вже давно не вірю, що в цьому світі є щось гарне й світле. Я давно втратив надію. Я давно втратив сили, волю, мужність. Я давно втратив усе. У тому числі й самого себе. Усі що в мене є – це знання. Я знаю – це коли-небудь пройде. Обов'язково...

І це знання ніколи не обманювало мене. Проходили нескінченні дні, які склалися у вічність. І колись у хмарах безнадії, крізь маленький щілину перший раз показувалося сонце. І потім, його знову закривали хмари, але я вже знав, що сонце є. Це знання банальне, але я живий тільки завдяки цій банальності.

Якщо ти дійсно готовий померти – для цього існує дуже вагома причина. І можливо – не одна. І якщо ти впевнений, що через роки, ця причина не втратить своєї сили, що й тоді Ти не зможеш жити із цим прокльоном. Якщо Ти впевнений, що ніколи-ніколи в майбутньому із усієї мирської різноманітності не знайдеться хоча одна причина для життя... Якщо ти впевнений – що ж – ти вільний...

Зараз, саме зараз – усе безнадійно, безпорадно й однозначно. Зараз – ти чітко розумієш, що ти не маєш сил щось змінити у своїй долі, у своєму житті й смерті – кращий і гідний вихід. Якщо ти готовий зробити останній крок у твоєму житті, ніхто не має сил тобі перешкодити. Ти сам вибираєш свою долю – своє життя або свою смерть. Я не збираюся втручатися у твою долю – напевно, не даремно ти прийняв саме це рішення. Але все-таки...

Смерть – це найважливіша подія в житті людини. Ти можеш прожити ще один день і ще одну ніч. Якщо не зробиш цього кроку. Так – цей день і ця ніч нічого не змінять. Але й ти вже будеш не в силах нічого змінити, якщо вмреш. Що ховається за тою гранню? Ніхто цього не знає. Можливо, ти захочеш, перебуваючи там, змінити все, але буде вже пізно. Ти можеш щось змінити, або надати ці зміни часу, тільки живучи. Іншого не дано.

Твоє життя може бути щасливим або нещасним. Але це – не найголовніше. На сьогодні важливо тільки одне. Твоє життя – це єдине, що ти маєш. Розумієш? Можливо ти думаєш, що маєш сотню інших речей у цьому світі. Але багато хто з них були або будуть і після того як ти вмреш. Життя – це єдина цінність. Хоча, зараз ця цінність, скоріше за все, нагадує тягар. Але проте – це Твоє життя. Нещасне або щасливе, погане або гарне. Яке б воно не було – воно тільки Твоє. Це – твоє єдине надбання, твоя єдина відповідальність, твоя єдина доля.

І якщо немає надії, нема рації, немає взагалі нічого, тобто тільки одне – І ЦЕ ТВОЄ ЖИТТЯ. Ти можеш зробити з ним все, що завгодно. Так, зараз ти не здатний наповнити його сенсом, силою, любов'ю. Наповнити його життям. Але, як не дивно, усе в цьому світі змінюється. Ти запиташ: «Але коли ж?» Ніхто не зможе відповісти на це питання. Ніхто... Навіть ти...

Кожний з нас для чогось прийшов на цю Землю. Хтось для того щоб вершити великі справи, а хтось тільки для того, щоб зрозуміти якусь малу істину. Ти впевнений, що завершив усі справи? Ти впевнений, що виконав своє завдання? Ти впевнений, що зробив усе, що зміг зробити? Ти впевнений, що готовий піти?

Якщо ти впевнений, то – завершуй свої справи й іди...

Але, якщо єдина істина, яку ти виніс із прожитого життя – це те, що Життя – велике лайно, то чи навряд це те, для чого ти приходив на цю Землю... Повір – майбутнє існує. Воно не обов'язково може початися сьогодні... Або завтра... Але воно існує. І, можливо, – це майбутнє – для Тебе!

**МЕТОДИКА ПСИХОЛОГІЧНОГО НАРАТИВНОГО
АНАЛІЗУ «КЛЮЧ ДО ПОРОЗУМІННЯ У
КОНФЛІКТНИХ СТОСУНКАХ»**

Пригадайте будь-яку проблемну, конфліктну ситуацію з значущою для Вас людиною. Письмо надайте відповіді на наступні запитання:

Чим ця ситуація складна для мене?

Яка я в цій ситуації?

Що я відчуваю?

Який мій партнер в цій ситуації?

Що він відчуває?

Чому насправді виникла ця ситуація?

Чому мені вигідно залишатися в цій ситуації?

Які стратегії я обираю, щоб врегулювати ситуацію?

Які стратегії обирає партнер?

Що я боюся втратити у цій ситуації?

Чого, який ресурсів мені не вистачає задля підтримки гармонійних стосунків?

Який ресурс можу використовувати? Що дає енергію?

Які можливості це може привнести у ваші стосунки?

Якою буду Я?

Яким буду мій партнер?

Що я відчуватиму? Якою буде ситуація?

Що необхідно зробити? Три конкретних шага.

За що я можу вдячною моєму партнеру?

Навчально-методичне видання

Шебанова Віталія Ігорівна

**ПРАКТИКИ КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ТЕРАПІЇ
В КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ**

Навчально-методичні рекомендації

Підписано до друку 27.12.2017. Формат 60х 84/16. Папір офсетний
Наклад 300 примірників. Гарнітура Times.
Друк ризографія. Ум. друк. арк. 10,36. Обл.-вид. арк. 11,14.
Замовлення № 723.

Книжкове видавництво ПП Вишемирський В.С.
Свідоцтво про внесення до державного реєстру суб'єктів видавничої справи: серія ХС
№ 48 від 14.04.2005
видано Управлінням у справах преси та інформації
73000, Україна, м. Херсон, вул. Соборна, 2.
Тел. (050) 133-10-13, (050) 514-67-88
e-mail: printvvs@gmail.com