**Основні форми та методи роботи з психотравмою осіб, які постраждали у надзвичайній ситуації.**

***Джерела:*** Н.Тарабріна. Практикум з психології посттравматичного стресового розладу;

Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. О.В.Тімченка. – К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. – 502 с.

***1. Дебрифінг***— захід екстреної психологічної до­помоги. Він проводиться якомога раніше після події, іноді через кілька годин або днів після трагедії. Вважається, що оптимальний час для проведення дебрифінга — не раніше ніж через 48 годин після події. До цього моменту завер­шиться період гострих психічних реакцій, до учасників подій повертається здатність до рефлексії і са­моаналізу.

Процедура дебрифінгу полягає у відреагуванні в умовах безпеки і конфіденційності, вона дає можливість поділитися враженнями, реак­ціями і почуттями, пов'язаними з надзвичайною подією. Зустрічаючи схожі переживання в інших людей, учасники одержують полегшен­ня, — у них знижується відчуття унікальності і дивнсті власних реакцій, зменшується внутрішня напруга. У групі з'являється можливість одержати підтримку від інших учас­ників.

***2.Тренінг «Зцілення від горя».***Складається з двох етапів, перший з яких служить прояснен­ню почуттів утрати, а другий — їхній реоргані­зації і реінтерпретації з метою пошуку інших можливостей і нових напрямків у житті. Однією із вправ цього тренінгу є **«Робота з листами».** Листи на тренінгу складають не для того, щоб відправляти їх поштою. Вони служать засобом пошуку рішень у важких ситуаціях, за­собом вираження і завершення «роботи горя».

***3. Поведінкова психотерапія:*** 1. Тренінг з психофізіологічної та соціальної реадаптації учасників воєнних дій. Одним з ба­зисних компонентів тренінгу є аналіз поведін­ки клієнта в особистісно значущій ситуації. Тут використано відомий постулат про адаптивну або захисну семантику будь-якої поведінки в конкретному екологічному оточенні. Тому, якщо в процесі аналізу поведінки клієнта вдається встановити неефективність викорис­таного ним способу адаптації або захисту, зав­дання психотерапевта зводиться до того, щоб допомогти клієнтові вибрати оптимальний варіант поведінкового пристосування до сформо­ваних обставин.

Останнім часом широко поширений новий погляд на роботу із синдромом утрати, запропонований **Дж.Ворденом**. Концепція Вордена, хоча і не єдина, нині залишається найпопулярпішою. Вона дуже зручна для діагностики і ро­боти з актуальним горем, а також якщо дово­диться мати справу з почуттям втрати, не пере­житим багато років тому.

Запропоновано варіант опису реакції втра­ти не по стадіях або фазах, а через чотири зав­дання, що повинні бути виконані людиною за нормального перебігу процесу. Ці завдання, по суті, схожі з тими, які вирішує дитина в міру дорослішання і відокремлення від матері. **Завдання** 1. Прийняти факт реальної втрати. Завдання 2. Пережити біль горя. Завдання 3. Звикнути до оточення без померлого. Завдання 4. Емоційно переосмислити втрату, перенести емоційну енергію з померлого на інших людей та інші стосунки і продовжувати жити.

2. Техніка розкриваючих інтервенцій (EBI): метод полягає в тому, щоб допомогти пацієнтові пережити заново травматичні спогади та їх інтегрувати, при цьому знижується рівень дистресу та фізіологічної реактивності нав’язливих спогадів. Метод потрібний для зниження переляку, нав’язливих думок, агресивності.

3. Техніка подолання тривоги (АМТ): включає релаксаційні методи, розпізнавання і корекція спотворених сприйняттів і переконань (тренування призупинення думок у разі нав’язливих спогадів, упізнавання ірраціональних думок, заучування адекватної моделі поведінки, когнітивне переструктурування за допомогою «сократівського методу постановки питань»).

4. Техніка переробки травмуючи переживань за допомогою рухів очей (EMDR): пацієнт уявляє травматичні сцени, переживання почуття тривоги, зосереджується на цих спогадах і пробує відтворити усе, що викликає у нього травма «Я безпорадний», «Я нічого не контролюю»). Потім пацієнта просять уявити травматичну сцену у більш «стислому» вигляді, сформувати негативні думки з приводу травматичного спогаду, сконцентруватися на пов’язаних з цими думками фізичних відчуттях і стежити очима за пальцем терапевта, що ритмічно рухається на відстані 30-35 см від його обличчя. Після 24 саккадичних рухів пацієнта просять зробити глибокий вдих і відволіктися від переживань. Далі йому слід зосередитися на тілесних переживаннях, пов’язаних з уявною сценою, а також на позитивних думках («Я зробив краще з того, що міг», «Усе у минулому», тощо). Терапевт оцінює стан пацієнта по суб’єктивній десятибальній шкалі дистресу (Subjective Units of Distress scale, SUD), після чого приймає рішення, чи вносити в сцену які-небудь зміни. Процедура повторюється до тих пір, поки бал по SUD не опуститься до 1 або 2.

***4. Тренінг короткотривалої позитивної те­рапії.***Створений за матеріалами книги «Короткострокова позитивна психотерапія» (Н.Пезешкіан). Запропонована техніка показана в широкому діапазоні випадків, у роботі з втратою (го­рем). У концепції терапії, сфокусованій на рішенні, підкреслюється, що відчуття прови­ни є деструктивним для психотерапії, а самозвинувачення і обвинувачення своїх близь­ких є перешкодою до співробітництва клієнта і його близьких з лікарем, причиною низької ефективності і тривалості класичної психотерапії. Терапія проводиться на основі роботи зі сферами моделі баланса, яка включає сферу відчуттів, ментальну сферу (розум, діяльність), сферу контактів та емоцій, сферу смислів.

***5. Ігротерапія*** використовуєтьсяу роботі із дітьми*.* Спеціально застосовувати ігрову терапію почала А.Фрейд. Вона використовувала її в ро­боті з дітьми, що пережили бомбардування Лондона під час Другої світової війни. Діти будували будиночки з кубиків і скидали на них бомби. Вони горіли, вили сирени, навкруги були вбиті і поранені, і «швидка допомога» відвозила їх у лікарні. Такі ігри тривали кілька тижнів. Діти отримували позитивний досвід стабілізації свого психічного стану в присут­ності дорослого, який їх розуміє і підтримує. Коли дитина мала можливість у грі відреагувати і виразити свої переживання, вона звільня­лася від страхів і пережите не розвивалося в психічну травму.

Як відомо, гра являє собою спробу дітей не тільки *відреагувати ситуацію,* а й *організувати свій досвід.* У дитини створюються умови для впорядкування тривожного досвіду і винесен­ня на усвідомлюваний рівень своїх почуттів у словах (чого дитина ще не вміє), вона може за­копати в пісок або застрелити дракона. Для дітей іграшки — слова, а гра — мова. Дитина виявляє в грі свої почуття й у такий спосіб ви­водить їх на поверхню, одержуючи можливість поглянути на них з боку й навчитися керувати ними або відмовитися від них.

1. Іншим способом відреагувати дитині свої проблеми є ***малювання***(один з видів арт-терапії). У цьому випадку малюнок є засобом посилення почуття ідентичності дитини, до­помагає їй пізнати себе і свої можливості.

Працюючи з дітьми, переходячи від спо­стереження особливостей малюнків дитини до навчання інших форм відображення дійсності (наприклад, ліплення, будівництва з піску, письма, розповіді), можна коригувати підсвідомі епіцентри напруженості. Є позитив­ний досвід, коли в дітей після катастрофи під Уфою зняти страх перед вогнем допомагало малювання пожеж. У них малюнках дітей про­сили поступово зменшувати обсяг полум'я, роб­лячи його усе менш страшним. На заключному етапі полум'я «задували», як реальну свічку. Аналогічні методики успішно використовува­лися для нормалізації стану після землетрусу у Вірменії.

**Методи психологічної саморегуляції**. *I.**«Візуалізація позитивних емоцій».* Коли викликаєш внутрішні відчуття і зовнішні прояви, що відповідають потрібній емоції, то за принципом зворотнього зв'язку це впливає на наш стані через деякий час (5-15 хв.) можна добитися бажані емоції. У спокої дуже легко досягти довільної емоції. Але потрібна хороша підготовка, щоб у стресовій ситуації, коли негативні емоції переважають, яскраво уявити і викликати у себе протилежну емоцію. *ІІ. «Дисоціація».* Даний спосіб призначений для людей, які є надто емоційні. В цих випадках варто використовувати навичку відсторонення від емоцій – дисоціації. Вона ґрунтується на розділенні усвідомлення людиною фізіологічних процесів у власному організмі, викликаних емоціями, від усвідомлення свого внутрішнього, психологічного стану. Для цього необхідно навчитися відділяти емоції, які нав’язані із-зовні від діяльності власного «Я». *ІІІ. Дихання і емоції*. Дихання відображає характер емоційного стану людини, є чутливим індикатором для емоцій. Ритмічне і глибоке дихання заспокоює людину. *ІV.Розслаблення м’язів* – зняття фізичної напруги і емоційної напруги. Джекобсон виявив, що різноманітні психосоматичні захворювання і неврози супроводжуються підвищенням тонуса скелетних м’язів Оскільки м’язове напруження є індикатором стресу, то чим більш глибоким є стан стресу у людини, тим вище м’язовий тонус. Зниження м’язового тонусу сприяє зниженню стресу в організму.

**Є.Гриневич** наголошує, що найбільш розповсюдженими *методами* психологічної допомоги в НС є **психологічна корекція**, **гуманістична психотерапія і сімейна психотерапія**. Новим видом допомоги є **соціальне медіаторство**. Психологи допомагають налагоджувати взаємодію між постраждалими і соціальними, державними та медичними установами. Соціальне медіаторство є одним з ефективних способів відновлення адекватної соціальної активності потерпілих.

#### Психокорекційна робота повинна мати певну структуру та відповідати індивідуальним особливостям особистості, на яку вона спрямована. Існують три обов’язкові етапи загального психокорекційного процесу, а саме: підготовчий етап, безпосередньо психокорекція та етап рефлексії позитивних змін та психокорекційної роботи в цілому*.*

**Цілями підготовчого етапу є:**

* встановлення довірливих відносин між психологом та клієнтом;
* заспокоєння клієнта.

**Безпосередній етап психокорекції включає в себе три блоки:**

***а) діагностичний блок:***

1) діагностика особливостей особистості;
2) вияв факторів ризику;
3) формування загальної програми психокорекції;

***б) настановочний блок:***

1) формування мотивації роботи клієнта над собою;
2) зняття тривожності;
3) підвищення впевненості клієнта в собі;

***в) корекційний блок, метою якого є гармонізація та оптимізація розвитку особистості клієнта:***

1) формування навичок саморегуляції;
2) самопізнання за допомогою психолога та психодіагностичних засобів;
3) розвиток самосвідомості: усвідомлення особистістю власних психологічних проблем та зон психологічного дискомфорту;
4) корекція характерологічних рис особистості, які зазнали деструктивного впливу в наслідок надзвичайної ситуації, та структури особистості в цілому;
5) оволодіння засобами взаємодії з внутрішнім та зовнішнім світом особистості;

**На заключному етапі психокорекційної роботи відбувається:**

1) рефлексія позитивних змін особистості;
2) закріплення отриманих психологічних навичок;
3) розвиток антиципаційної спроможності особистості (прогностичних здібностей) на основі конструктивної обробки життєвого досвіду.

Доцільно, на думку **Є.Гриневич**, використовувати при наданні постраждалих у НС психологічної та психотерапевтичної допомоги наступних **методів**:

* встановлення продуктивного контакту з постраждалим (раціональна психотерапія);
* дезактуалізація гострої невротичної симптоматики – психотерапія актуальних невротичних проявів (гіпносугестивна психотерапія, пролонгований сон-гіпноз);
* симптоматична психотерапія (навчання дихальним вправам, прививаються стійкі навички самогіпнозу та елементів психофізичної гімнастики);
* соціально-психологічна корекція (передбачає запобігання соціально-психологічної дезадаптації. Проводиться роз’яснювальна психотерапія, метою якої є підвищення соціальної активності постраждалого, зниження небажаних реакцій на свою хворобу. Виробляються трудові установки);
* закріплення психопрофілактичних навичок (пацієнт навчається по спеціально підібраному для нього комплексу психотерапевтичних прийомів, які допоможуть йому переборювати дратівливість, безсоння, головний біль, знижувати актуальність пароксизмальних проявів, метеолабільність);
* сімейна психотерапія (роз’яснюються особливості захворювання та характерологічні зміни, які можуть настати. Даються рекомендації по розпорядку праці, відпочинку та побуту, специфіці спілкування з постраждалим);
* імаго-терапія — навчання методам адекватного реагування у важких життєвих ситуаціях, мобілізації власного життєвого досвіду, розвитку деформованого «образу Я», творчих здібностей та збагачення емоційних ресурсів людини;
* ціннісно-моральнісно-зорієнтована терапія — психокорекція світоспогляданням, ідеалами (перебудова системи цінностей, формування цілющого духовного світоспоглядання, коли людина виходить за межі власної особистості, що страждає, і відчуває себе частиною людства в цілому). Через залучення особистості до духовних цінностей, відчуття власної індивідуальності та самоцінності досягаються зміни психосоматичного стану, зниження тривожності особистості;
* логотерапія, завданням якої є знаходження сенсу життя людиною, яка страждає. Основним постулатом логотерапії є положення що унікальний сенс життя може бути завжди знайдений людиною в творчості, емоційних переживаннях та свідомому прийнятті життєвих обставин, які людина не здатна змінити.
* арттерапія. Цілями арттерапії виступають подолання важких переживань людини, сублімація агресивності та інших негативних почуттів, розвиток творчого самовираження та гармонізація особистості в цілому.

**Патологічними ознаками психологічної деформації структури особистості** (до рівня дезадаптації, патологічної структури особистості), яка пережила надзвичайну ситуацію й потребує психокорекційної допомоги, є наявність:

* високого рівню особистісної тривожності та сенситивності;
* знижених показників самопочуття та настрою;
* емоційно-вольової слабкості та нездатності до самоконтролю;
* неадекватного самосприймання та світосприйняття в цілому;
* афективної ригідності та її превалювання над раціональним мисленням;
* неузгодженості між своїми психологічними потребами та власними психофізіологічними можливостями, необхідних для їх реалізації;
* екзальтації та неконтрольованості почуттів, які при певних умовах можуть трансформуватись у форму психоагресії;
* недостатньо міцного внутрішнього стрижня та чіткого морально-ціннісного підґрунтя особистості.

Дана психофізіологічна симптоматика свідчить про порушення функціонування таких психологічних сфер особистості, як мотиваційна, емоційно-вольова, комунікативна, когнітивна, моральна, ціннісно-смислова. Тому «мішенями» впливу на особистість постраждалого внаслідок НС з психічними розладами, мають бути ці психологічні механізми та окремі елементи в її структурі**. Треба відзначити, що застосування ПТ повинно бути короткостроковим, реалістичним, інтегративним.** **Крім того є доцільним використання парадоксально-шокових прийомів, проведення аналізу підстав «кризи», пошуку «забутих у минулому» потреб та інтересів, шляхів їх актуалізації. Роботу треба спрямовувати на запобігання фіксації когнітивних установок на безвихідність ситуації, відсутності сенсу життя, а також особистісний зріст постраждалих, зміни ієрархії їх ціннісних настанов (переакцентування, дезактуалізація, реакцентування рангу індивідуальних значень).**

З урахуванням зазначених положень **психокорекційна робота**, повинна впливати на вказані вище психологічні сфери наступним чином:

**а) формування мотивації постраждалого та навичок психологічної, психотерапевтичної роботи над собою в напрямку конструктивних змін власної особистості з метою подолання психіатричної проблематики та особистісного розвитку в цілому;**

**б) робота з емоційно-вольовою сферою постраждалого:**

1) формування навичок самоспостереження свого фізичного та емоційного стану, релаксації та зняття психофізіологічної напруги;
2) розвиток самоконтролю емоцій та поведінки (формування навичок самоорганізації та впорядкування власного життя);
3) підвищення загального фону настрою (шляхом опосередкованого впливу);
4) включення постраждалого в незвичну для нього та суспільно-корисну трудову діяльність;
5) формування фрустраційної толерантності;
6) відреагування придушених психотравмуючих емоцій з урахуванням принципів етики та моральності;

**в) робота з комунікативною сферою особистості:**

1) формування навичок конструктивного спілкування;
2) узгодження потреби в спілкуванні та навичок особистості до конструктивного спілкування;
3) формування здатності до адекватного та позитивного сприйняття оточуючих;
4) розвиток емпатії та компромісів у спілкуванні;
5) сімейна психокорекція;

**г) робота з когнітивною сферою постраждалого:**

1) розвиток самосвідомості;
2) формування адекватної самооцінки та реалістичного світосприйняття;
3) усвідомлення психотравмуючих спогадів;
4) конструктивне завершення психотравмуючих гештальтів;
5) когнітивна обробка психотравмуючого досвіду;
6) антиципація власних дій в аналогічних ситуаціях;
7) вияв ірраціональних когніцій та невірних цілей та заміщення їх конструктивними;
8) зміна стереотипів сприйняття, когнітивних реакцій, поведінки та атит’юдів;

**д) робота з моральною сферою особистості:**

1) формування внутрішнього локусу контролю;
2) формування моральної самосвідомості як чинник моральної саморегуляції поведінки;
3) формування моральних ставлень людини до оточуючих;
4) формування здатності до морального вибору в проблемних ситуаціях;

**е) робота з ціннісно-смисловою сферою постраждалого:**

1) усвідомлення та перебудова власної системи цінностей з урахуванням нових умов життя;
2) свідоме засвоєння системи вищих цінностей, що надають сенсу людському існуванню у будь-яких умовах.