Тема 13. Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам, біженцям і постраждалим від насильства

План лекції

13.1. Вимушене переселення: втрати, тривога, адаптація та інтеграція в приймаючу громаду

13.2. Домашнє насильство, сексуальне насильство, пов'язане з конфліктом, торгівля людьми, полон і травмоінформований підхід

13.3. Діти після розлуки з родиною, депортації й обстрілів, культурні та мовні бар'єри, якість допомоги

Література: [2, 9, 10, 17, 18, 19, 20]

13.1. Вимушене переселення: втрати, тривога, адаптація та інтеграція в приймаючу громаду

Вимушене переселення – масштабний наслідок збройної агресії: мільйони людей стали внутрішньо переміщеними особами (ВПО) або виїхали за кордон як особи, які потребують тимчасового захисту. Психологічні наслідки поєднують вплив травматичних подій (обстріли, окупація, втрата житла, розлука з родиною) та хронічних стресорів переселення (нестабільне проживання, втрата роботи й статусу, культурні й мовні відмінності, юридична невизначеність). Дослідження в Україні фіксують підвищену поширеність симптомів тривоги, депресії, ПТСР і комплексного ПТСР серед осіб, які зазнали впливу війни [18; 19; 20].

Фахівці, які працюють із переселенцями. У роботі з переміщеними особами задіяні соціальні працівники, волонтери, рятувальники, що організовують евакуацію, медики, поліцейські, педагоги та працівники громадських організацій. Для них важливо знати основи психологічної першої допомоги, розпізнавати гострі реакції, не завдавати шкоди розпитуваннями й повідомляти

про ризики відповідним службам. Самі ці працівники піддаються вторинній травматизації, тому потребують супервізії, ротації та підтримки колег.

Психологічні реакції на вимушене переселення охоплюють горе за втраченим домом і життям (втрати дому, спільноти, професійної ідентичності, звичного розпорядку), тривогу, відчуття втрати контролю, тривогу за близьких, провину, підвищену дратівливість, порушення сну, соматичні скарги. Втрата здебільшого не має завершення: дім залишається недосяжним, а повернення – невизначеним, що поєднує елементи невизначеної втрати [10].

Теоретичною основою допомоги є модель збереження ресурсів, що розглядає вимушене переселення як масову втрату ресурсів (житло, статус, соціальна мережа, фінанси) і пояснює спіральний характер втрат; відповідно, втручання повинні відновлювати ресурси: безпеку, доступ до базових потреб, соціальні зв'язки, сенс. Стратегія допомоги спирається на піраміду міжвідомчих рекомендацій з психічного здоров'я й психосоціальної підтримки: від базових послуг і безпеки до спеціалізованої допомоги.

Рівні допомоги: (1) базові послуги й безпека (житло, їжа, медична допомога, документи); (2) підтримка громади й родини (соціальні контакти, місця зустрічей, групи взаємної підтримки, відновлення традицій); (3) цільова підтримка, не спеціалізована (перша психологічна допомога, консультування, психоосвіта, групи самодопомоги); (4) спеціалізована допомога (психотерапія й психіатричне лікування за наявності розладів). Більшість осіб потребує переважно перших трьох рівнів; спеціалізована допомога потрібна меншості.

Психодіагностичний інструментарій оцінки потреб ВПО охоплює скринінг загального стресу, тривоги й депресії (PHQ-9, GAD-7), посттравматичних симптомів (перелік симптомів за критеріями ПТСР), комплексного ПТСР (опитувальник на симптоми й порушення саморегуляції), суїцидального ризику, функціонування (шкали щоденної діяльності), соціальної підтримки, ресурсів і стратегій копінгу; для оцінки потреб у громаді використовують опитування,

фокус-групи, експертні інтерв'ю. Інструменти адаптують до мови й культури, а результати тлумачать у контексті пережитого.

Адаптація й інтеграція в приймаючу громаду залежать від ступеня підтримки, відкритості мешканців, доступу до житла, роботи, освіти, послуг, збереження ідентичності й стосунків. Основні виклики: упередження й конфлікти між ВПО й місцевими мешканцями, обмежений доступ до робочих місць, соціальна ізоляція, стигма щодо звернення по допомогу. Психологічна служба громади сприяє інтеграції через спільні заходи, груповий діалог, залучення ВПО до волонтерства й самоврядування, підтримку місцевих ініціатив [2; 10].

13.2. Домашнє насильство, сексуальне насильство, пов'язане з конфліктом, торгівля людьми, полон і травмоінформований підхід

Домашнє насильство – системна форма контролю й завдання шкоди в близьких стосунках, що охоплює фізичне, психологічне, сексуальне, економічне насильство. Воно набуло нових проявів у воєнний час: ризик зростає через стрес, розлуку, вживання алкоголю, доступ до зброї, економічну залежність. Допомога охоплює оцінку безпеки й ризику летальності, план безпеки, доступ до притулків, правову й медичну допомогу, психологічне консультування, роботу з наслідками травми та міжвідомчу взаємодію (поліція, соціальні служби, медики, громадські організації) [10; 19].

Принципи допомоги постраждалим від насильства: безпека на першому місці, віра в розповідь без осуду, повага до автономії, право вибору, конфіденційність у межах безпеки, відсутність тиску на «збереження сім'ї», спрямованість на ресурси й відновлення контролю. Психолог не обвинувачує, не вимагає «вирішити» ситуацію негайно, не наполягає на розмові про деталі, розуміє цикл насильства й причини, чому людина залишається у стосунках (страх, залежність, надія, тиск).

Сексуальне насильство, пов’язане з конфліктом, – вид воєнного злочину, що має тяжкі наслідки для психічного здоров’я: травматичні реакції, сором, провина, соціальна ізоляція, ризик суїциду, порушення сексуального й репродуктивного здоров’я. Допомога базується на принципах: безпека й конфіденційність, доступ до медичної допомоги (зокрема невідкладної), психологічна підтримка без тиску на розповідь, право вибору, відсутність ретравматизації під час документування, юридичний супровід, повага до культурних особливостей. Чоловіки також можуть бути постраждалими й часто мовчать через сором.

Торгівля людьми поєднує примус, обман, експлуатацію; жертви зазнають комплексної травми, недовіри, страху, залежності від кривдників. Допомога охоплює безпеку, ідентифікацію, стабілізацію, оцінку потреб, медичну й юридичну допомогу, довготривале консультування, соціальну реінтеграцію (освіта, робота). Окремі ризики стосуються вразливих груп: ВПО, діти без опіки, особи, які втратили житло й дохід.

Військовополонені й цивільні, які були в полоні чи незаконно утримувалися, переживають катування, приниження, ізоляцію, позбавлення сну й їжі, невизначеність. Наслідки: комплексний ПТСР, депресія, порушення довіри, соматичні розлади, труднощі повернення до родини. Підхід: поетапна допомога (стабілізація, безпека, відновлення тілесного й соціального функціонування), міждисциплінарна команда (медики, психіатри, психологи, юристи, соціальні працівники), підтримка родини, довготривале спостереження [17].

Травмоінформований підхід – організація допомоги, що враховує поширеність травми, її вплив на поведінку й стосунки й спрямована на запобігання ретравматизації. Його принципи: безпека (фізична й емоційна), надійність і прозорість, підтримка рівних, співпраця й взаємність, надання повноважень і право вибору, врахування культурних, історичних і гендерних чинників. Для персоналу це означає навчання, розуміння реакцій клієнтів,

готовність з’ясовувати, що сталося, а не що «не так» з людиною, а для установ – перегляд правил, простору, комунікацій [10].

Етичні вимоги до роботи з постраждалими: інформована згода, конфіденційність, незавдання шкоди, компетентність, обережність щодо експозиційних технік без підготовки, супервізія, турбота про себе. Мета першого контакту – стабілізація й безпека, а не отримання детального звіту про травматичну подію.

13.3. Діти після розлуки з родиною, депортації й обстрілів, культурні та мовні бар’єри, якість допомоги

Діти після розлуки з родиною, депортації й обстрілів належать до групи підвищеного ризику. Їхні реакції залежать від віку: у дошкільників – регрес, страхи, порушення сну, прив’язаність до дорослого, ігри з відтворенням подій; у молодших школярів – труднощі з навчанням, соматичні скарги, дратівливість, самозвинувачення; у підлітків – агресія, ризикована поведінка, уникання, депресивні прояви, відмова від навчання, вживання речовин. Захисні чинники: стабільний зв’язок із дорослим, режим, безпека, спільна діяльність, школа, друзі [9; 10].

Діти, депортовані або примусово переміщені на тимчасово окуповані території чи за межі України, переживають розлуку з родиною, втрату ідентичності й мови, тиск і перевиховання, невизначеність. Допомога після повернення охоплює відновлення безпеки й зв’язку з родиною, роботу з травмою втрати й розлуки, повернення до українського освітнього середовища, юридичне супроводження, підтримку опікунів. Темп допомоги визначає дитина; уникають змушування до розмов [19].

Психодіагностична оцінка дітей використовує поєднання методів: спостереження, бесіда з дитиною й опікунами, скринінгові опитувальники симптомів стресу (шкала впливу травматичної події для дітей, опитувальник сильних сторін і труднощів), малюнкові й ігрові методики, експертна оцінка

вчителя. Для підлітків – самозвітні шкали депресії, тривоги, посттравматичних симптомів. Дані тлумачать у контексті віку, розвитку, умов життя; діагноз не встановлюють на основі одного інструмента.

Допомога дітям охоплює стабілізацію й безпеку, забезпечення знайомого дорослого, збереження режиму, роз'яснення подій відповідно до віку, ігрові й творчі форми, навчання регуляції емоцій, групові заняття, психоосвіту опікунів і педагогів, сімейні втручання, за потреби – травмофокусовану терапію у фахівця. Школа відіграє роль ключового середовища підтримки; учителів навчають розпізнавати реакції та реагувати на них без патологізації.

Культурні й мовні бар'єри впливають на доступність допомоги: недовіра до інституцій, різні уявлення про психічне здоров'я, мовні труднощі, стигматизація. Необхідні: залучення кваліфікованих перекладачів і культурних посередників, адаптація матеріалів, повага до традицій і релігійних практик, співпраця з громадськими лідерами. Особливої уваги потребують біженці за кордоном: юридичний статус, вимоги системи допомоги країни перебування, доступ до послуг українською мовою.

Якість допомоги оцінюють за критеріями доступності (час очікування, мова, місце), безпеки (відсутність шкоди, конфіденційність), результативності (динаміка симптомів і функціонування), задоволеності клієнтів, кваліфікації персоналу, координації між службами. Індикатори й моніторинг дають змогу своєчасно виправляти недоліки. Узгодження послуг між державою, громадами та міжнародними й громадськими організаціями запобігає дублюванню та прогалинам [18; 19].

Профілактика вигорання фахівців, які працюють із постраждалими, охоплює регулярну супервізію, обмеження навантаження, професійне навчання, командну підтримку; без цих умов знижується якість допомоги й зростає ризик залишення професії [10].

Додаткові інструменти й критерії направлення. Індекс добробуту ВООЗ (WHO-5) складається з п'яти тверджень про настрій, енергію й інтерес

протягом останніх двох тижнів; кожне оцінюють від 0 до 5, сума 0–25, або у відсотках 0–100. Результат не вище 50 відсотків вказує на низький добробут і потребу уважнішої оцінки, а не вище 28 відсотків – на можливу депресію. Стислість дає змогу використовувати під час першого контакту в пунктах допомоги.

Критерії направлення до спеціалізованої допомоги: суїцидальні думки чи плани; психотичні симптоми; виражені розлади сну й функціонування понад кілька тижнів; стійкі симптоми травми; тяжкі розлади, пов'язані з вживанням речовин; ризик насильства щодо себе чи інших; діти з регресом, відмовою від їжі чи мовлення; вагітні жінки й особи з хронічними хворобами у стані гострого стресу. Маршрут направлення має бути відомий усім учасникам, а передавання – супроводжуваним.

Для оцінювання потреб на рівні громади використовують опитування з групами ризику, карти послуг, експертні інтерв'ю, зустрічі з представниками ВПО; результати узгоджують з місцевою владою та громадськими організаціями й використовують під час планування програм.

Ключові поняття теми: *внутрішньо переміщені особи; вимушене переселення; невизначена втрата; модель збереження ресурсів; психосоціальна підтримка (рівні допомоги); домашнє насильство; сексуальне насильство, пов'язане з конфліктом; торгівля людьми; травмоінформований підхід; ретравматизація; культурний посередник.*

Питання для самоперевірки

1. Які психологічні наслідки вимушеного переселення та які рівні допомоги вони потребують?
2. Яким інструментарієм оцінюють потреби ВПО й постраждалих?
3. Як організовують допомогу постраждалим від домашнього й сексуального насильства?

4. Які особливості допомоги жертвам торгівлі людьми та особам, які були в полоні?

5. У чому суть травмоінформованого підходу та які його принципи?

6. Як виявляються реакції дітей різного віку на травматичні події?

7. Які методи діагностики й допомоги застосовують до дітей після розлуки й депортації?

8. За якими критеріями оцінюють якість допомоги?