

**ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА
В ГОСТРИХ СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ**

Навчально-практичний посібник

УДК 159.944.4(07)
П27

Авторський колектив:

Моргунов О.А., д-р юрид. наук, проф. – підрозділ 1.1 (у співавторстві з Харченко С.В.); загальна редакція;
Федоренко О.І., д-р пед. наук, проф. – підрозділи 3.1–3.13 (у співавторстві з Доценко В.В.);
Мілорадова Н. Е., д-р психол. наук, проф. – підрозділи 1.2, 2.1–2.9;
Харченко С. В., канд. психол. наук, доц. – підрозділ 1.1 (у співавторстві з Макаровою О.П., Макаренком П.В.), підрозділ 1.4. (у співавторстві з Доценко В.В.);
Доценко В.В., канд. психол. наук, доц. – підрозділ 1.4. (у співавторстві з Харченко С.В.), підрозділи 3.1-3.13 (у співавторстві з Федоренко О.І.);
Макарова О.П., канд. психол. наук, доц. – підрозділ 1.1 (у співавторстві з Харченко С.В., Макаренком П.В.);
Макаренко П.В., канд. психол. наук, доц. – підрозділ 1.1 (у співавторстві з Харченко С.В., Макаровою О.П.);
Медведєва О.В., канд. соціол. наук, доц. – підрозділ 1.3 (у співавторстві з Червоним П.Д.);
Червоний П. Д., канд. пед. наук, доц. – підрозділ 1.3 (у співавторстві з Медведєвою О.В.).

Рецензенти:

ОСЬОДЛО Василь Ілліч

доктор психологічних наук, професор, начальник гуманітарного інституту
Національного університету оборони України імені Івана Черняхівського (м. Київ)

ЛАРІОНОВ Станіслав Олександрович

кандидат психологічних наук, доцент, начальник кафедри психології та педагогіки
гуманітарного факультету Національної академії Національної гвардії України (м. Харків)

Рекомендовано до друку

*Вченою радою Харківського національного університету
внутрішніх справ (протокол № 12 від 29.11.2022)*

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ НАДАННЯ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ	5
1.1. Поняття про стрес. Ознаки гострого стресу	5
1.2. Структура надання першої психологічної допомоги	17
1.3. Принципи та етичні правила надання першої психологічної допомоги.....	21
1.4. Особливості надання першої психологічної допомоги	25
РОЗДІЛ 2. ПРОТОКОЛИ НАДАННЯ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ	36
2.1. Модель індивідуального кризисного втручання (Дж. С. Еверлі)	36
2.2. Протокол надання першої психологічної допомоги (Н. Агазаде)	37
2.3. Протокол надання першої психологічної допомоги (Б. Рафаель)	37
2.4. Протокол надання ППД в гострих стресових ситуаціях (О. Гершанов)	38
2.5. Перша психологічна допомога. Покрокове керівництво для членів загону швидкого реагування Товариства Червоного Хреста України	39
2.6. Протокол надання першої психологічної допомоги (І. Пінчук)	42
2.7. Перша ментальна допомога в стресовій ситуації (М. Фархі)	43
2.8. Структура першої психологічної допомоги військовослужбовцю при негативних психічних реакціях та станах (О. Колесніченко, Я. Мацегора, І. Приходько)	44
2.9. Протокол ЯАЛОМ. Перша психологічна допомога на полі бою	46
РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ СТРЕСОВУ ПОДІЮ	48
3.1. Надання ППД особам з агресивною поведінкою	48
3.2. Надання ППД особам з ознаками ступору	50
3.3. Надання ППД особам з ознаками апатії	52
3.4. Надання ППД особам із ознаками рухового збудження, дезорієнтації	54
3.5. Надання ППД особам з ознаками страху	57
3.6. Надання ППД особам з ознаками паніки	59
3.7. Надання ППД особам з ознаками нервового тремтіння	62
3.8. Надання ППД особам з ознаками галюцинацій та марення	63
3.9. Надання ППД особам з ознаками плачу	65
3.10. Надання ППД особам з ознаками істерики	66
3.11. Надання ППД особам з ознаками горя	69
3.12. Надання ППД особі зі спробою вчинити суїцид	73
3.13. Техніки та вправи для емоційної регуляції та саморегуляції станів..	75
ПІСЛЯМОВА	81
ГЛОСАРІЙ	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	85

ПЕРЕДМОВА

Сучасне життя переповнено ситуаціями, які викликають стрес у людини. Але не у всіх ситуаціях, які особа переживає як стресові, виникає необхідність в отриманні психологічної допомоги. Гострий стресовий розлад є короткочасним, як і гострий стрес, але є реакцією на набагато більш травматичний випадок і спричинить значно більш проблемні та сильні симптоми у відповідь на травму. Людям, які страждають або відчують потребу в чомусь, які зазнали впливу надсильних стресорів, необхідна перша психологічна допомога (ППД). У першому розділі цього навчально-практичного посібника «Теоретичні засади надання першої психологічної допомоги в стресових ситуаціях» розглядаються ознаки гострого стресу, принципи та етичні правила надання першої психологічної допомоги, а також особливості її надання в залежності від ситуації, яку пережила людина.

Перша психологічна допомога – це сукупність заходів психологічної підтримки та практичної допомоги її надання не передбачає значної професійної підготовки. Розроблені прості, але дуже дієві алгоритми надання ППД, які представлені в другому розділі навчально-практичного посібника «Протоколи надання першої психологічної допомоги»: модель індивідуального кризисного втручання (Дж. С. Еверлі), протокол надання першої психологічної допомоги (Н. Агазде), протокол надання першої психологічної допомоги (Б. Рафаяель), протокол надання ППД в гострих стресових ситуаціях (О. Гершанов), покрокове керівництво для членів загону швидкого реагування Товариства Червоного Хреста України, протокол надання першої психологічної допомоги (І. Пінчук), перша ментальна допомога в стресовій ситуації (М. Фархі), структура першої психологічної допомоги військовослужбовцю при негативних психічних реакціях та станах (О. Колесніченко, Я. Мацегора, І. Приходько; протокол ЯАЛОМ; протокол надання першої психологічної допомоги для членів загону швидкого реагування Товариства Червоного Хреста України та інші).

У третьому розділі «Особливості надання першої психологічної допомоги особам, які пережили кризову подію» розглядаються особливості надання ППД особам з агресивною поведінкою, ознаками ступору, ознаками апатії, із ознаками рухового збудження, дезорієнтації, страху, паніки, нервового тремтіння, галюцинацій та марення, ознаками плачу, ознаками істерики, горя, зі спробою вчинити суїцид, а також техніки та вправи для емоційної регуляції станів.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ НАДАННЯ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ

1.1. Поняття про стрес. Ознаки гострого стресу

Стрес – це особлива форма емоційного переживання, що виникає в екстремальній життєвій ситуації (погрози, небезпеки, образи та ін.) і вимагає від людини мобілізації нервово-психологічних сил. Він призводить до змін у протіканні психічних процесів, появи емоційних розладів, трансформації мотиваційної структури діяльності, розладів рухової й мовленнєвої поведінки, що в цілому впливає на якість діяльності людини.

Розрізняють два види стресу: *гострий* (або еустрес) та *хронічний*, який називають дистресом.

Еустрес – стан, внаслідок якого підвищується функціональний резерв організму, відбувається його адаптація до стресового фактору. Цей вид стресу включає в себе всі реакції організму, які забезпечують термінову адаптацію людини до нових умов. Він дає можливість уникнути неприємної ситуації, подолати або пристосуватися до неї. Таким чином, еустрес – це своєрідний механізм, який забезпечує виживання людини. Однак такий стан може бути небезпечним, якщо затягнеться на тривалий період.

Дистрес – стан, при якому людина не в змозі повністю адаптуватися до стресових ситуацій та спричинених ними наслідків і проявляє дезадаптивну поведінку.

Термін «стрес» був уведений канадським ученим-фізіологом Г. Сельє в 1936 році. Він виявив «синдром відповіді на подразнення як таке», і описав його у вигляді тріади: а) збільшення і підвищення активності коркового слою надниркових залоз; б) зменшення і зниження активності тімусу і лімфатичних залоз; в) точкові крововиливи у слизовій оболонці шлунка і кишечника. Г. Сельє зіставив ці реакції з симптомами, характерними для будь-якого захворювання, і об'єднав їх у єдину систему на основі спільного механізму управління цими реакціями і спільного процесу розвитку.

Г. Сельє визначив стрес як сукупність стереотипних, філогенетично запрограмованих неспецифічних реакцій організму, які первинно підготовлюють організм до фізичної активності, реакція протидії (боротьба або втеча). Він пропонував розрізняти «поверхову» та «глибинну» адаптаційну енергію. Поверхова енергія більш доступна і поповнюється за рахунок глибинної. Глибинна енергія мобілізується шляхом адаптаційної перебудови гомеостатичних механізмів організму. Г. Сельє вважав, що її виснаження необоротно призводить до старіння чи загибелі.

Виокремлено *три стадії* розвитку *стресу*:

1. Стадія тривоги. Відбувається мобілізація адаптаційних можливостей організму та підвищення його опірності до конкретного стресового впливу.

2. Стадія стабілізації. Характеризується збалансованою витратою адаптаційних резервів. Усі фізіологічні та психічні параметри, зсув яких відбувся на першій стадії, закріплюються на новому рівні. Цей рівень стає індивідуальною нормою існування організму в умовах підвищених вимог до його адаптаційних систем.

3. Стадія виснаження. Виникає неузгодження стресових вимог середовища та відповідей організму на ці вимоги. Але, на відміну від першої стадії, де таке неузгодження призводить до розкриття резервів організму, тут спостерігається зрив адаптаційних можливостей.

В залежності від складності біологічної системи та рівня її еволюційного розвитку розрізняють наступні форми стресу:

- біологічний – форма стресу, характерна для багатьох безхребетних тварин за умов впливу фізичних та хімічних факторів;

- фізіологічний – форма стресу, яка проявляється в порушенні фізіологічних процесів;

- емоційний (психологічний) – форма стресу, при якій на перший план по значимості чи помітності для дослідника виступають психологічні стрес-реакції. Розгляд різних форм стресу є правомірним, але стрес є загальною неспецифічною відповіддю організму, тобто ці форми скоріш за все є рівнями стресового реагування.

Окремо також говорять про інформаційний та професійний стреси.

Розвиток стресу опосередковується переживанням загрози, тобто усвідомленням відомостей, символів, які передують майбутньому зіткненню людини з небезпечною для неї ситуацією. Загроза розглядається і як стан очікування суб'єктом шкідливого, небажаного впливу зовнішніх умов і стимулів. Їх властивості оцінюються, виходячи з характеристик інтенсивності впливу, ступеня невизначеності значимості стимулу та часу впливу, а також наявних ресурсів індивіда щодо подолання такого впливу.

Процеси оцінки загрози, пов'язані з аналізом значення ситуації та відношенням до неї, здійснюються на основі перетворення поточної та минулої інформації про особливості несприятливої події, прогнозування характеру її розвитку та проявів.

Розрізняють три види стресових оцінок:

- 1) травмуюча втрата (реальна чи очікувана) чогось, що має велике особистісне значення (смерть знайомого, втрата здоров'я тощо);

2) загроза впливу, яка вимагає від людини здібностей (здатностей, дій, ресурсів), які більші, ніж він має на цей час;

3) складне завдання, проблема, відповідальна та потенційно ризикована ситуація.

Крім того, можна виокремити ситуації тривалого позбавлення чогось (депривація), на що людина розраховує, вважає, що це їй належно.

Оцінку події (ситуації) як стресової, визначають три основних фактори:

1) емоції, які асоціюються з цією подією, як первинний попереджувальний сигнал, регулятор поведінки, збуджуючий фактор;

2) невизначеність події з точки зору можливості настання чи моменту початку, сили впливу, обсягу необхідних знань, вмінь і навичок для її попередження чи ліквідації наслідків, ступеня складності з позицій когнітивних здібностей людини та досвіду суб'єкта;

3) значимість події для конкретної людини, оцінка ступеню важливості для досягнення необхідного результату діяльності, шкідливості чи небезпечності наслідків цієї події та ін.

Р. Тугушев та Е. Гарбер пропонують розглядати субсиндроми або структурні блоки стресу наступним чином.

Емоційно-поведінковий блок.

Зміни у поведінці людини у стресі є специфічним та більш інтегральним показником особливості відповіді на вплив, ніж зсуви окремих фізіологічних показників.

Розрізняють дві форми емоційно-поведінкового реагування при стресі:

1) активне, яке характеризується посиленням емоційної та поведінкової активності (агресія або втеча); 2) пасивне, при якому відбувається пригнічення активності при короткочасних, але достатньо інтенсивних екстремальних впливах.

Активне реагування спрямовано на усунення екстремального фактору та попередження розвитку стресогенної ситуації. Активне реагування може бути як адекватним, так і неадекватним ситуації. За умови надмірної, нераціональної активізації, поведінка може супроводжуватись помилковими діями на основі неправильної оцінки поточної ситуації, ілюзорними уявленнями суб'єкта про безпеку, неправильним прогнозом розвитку подій, зниженням контролю власних дій. Для прикладу тут слід назвати стан паніки.

Пасивне реагування спрямовується на перечікування впливу стресора. В свою чергу, пасивне реагування також може мати різну міру адекватності ситуації. Розрізняють *первинне* та *вторинне* пасивне реагування. *Первинне* виникає з самого початку екстремального впливу, який переживається як

суб'єктивно неможливий, непереборний, незрозумілий. *Вторинне* пасивне реагування змінює наявну стресогенну активізацію поведінки. Це відбувається внаслідок надмірної тривалості стресора чи його багатократному повторенні, тобто спостерігається у всіх людей, і тих хто намагався подолати стресор, і тих хто його перечікував.

Зовнішнім чинником, який визначає активність адаптивної поведінки, є екстремальність стресора, яка залежить від:

- 1) суб'єктивної оцінки небезпеки стресора для цілісності суб'єкта;
- 2) ступеня суб'єктивної значимості стресора;
- 3) ступеня неочікуваності стресора;
- 4) близькості дії стресора до меж суб'єктивної шкали «приємно – неприємно»;
- 5) тривалості дії стресора при збереженні його суб'єктивної значимості.

Таким чином, прояв тієї чи іншої форми адаптивної активності визначається, на думку Л. Китаєва-Смика, сукупним поєднанням індивідуальної схильності суб'єкта до активного чи пасивного реагування та екстремальним стресором, який реалізує цю схильність.

Вегетативний блок.

Всі психічні явища базуються на фізіологічних механізмах, які умовно називаються вегетативні. Управління вегетативними реакціями здійснює психіка (її несвідома частина), їх взаємодія покликана забезпечити оптимальний режим активності людини.

Крім того, вегетатика виконує захисні функції. Так, у стані стресу, очікування небезпеки, тобто превентивно, вегетативні функції можуть різко посилюватись, ставати помітними як самому суб'єкту, так і оточуючим (наприклад, почервоніння шкіри, тремор кінцівок). На відміну від захисної поведінки, яка свідомо контролюється і спрямовується на усунення небезпечного фактору, вегетативний захист не піддається вольовому контролю, він проявляється різними патернами реакцій, такими як ексреторно-евакуаторні (блювання, пітливість, слиновиділення тощо), серцево-судинні, регенеративні тощо.

У перших своїх працях з теорії стресу Г. Сельє в основному зосереджувався на фізіологічних (вегетативних) механізмах його розвитку. Він підкреслював, що стрес викликає не тільки функціональні зміни внутрішніх органів, які є оборотними, але і структурні (морфологічні, незворотні, тобто захворювання). Цьому є немало доказів, коли внаслідок важкого стресу (психотравми) у людини виникають патології.

У стресовому стані в організмі відбуваються гормональні зрушення, зокрема, збільшується вироблення гормону кортизолу, який збільшує енергетичний тонус (за рахунок розщеплення білків), підтримує артеріальний тиск, але знижує імунітет. Цим пояснюється слабка опірність організму до інфекційних хвороб після перенесеного стресу.

Когнітивний блок.

Стрес супроводжується низкою змін когнітивних процесів.

Відносно мислення, спостерігаються наступні варіанти змін:

1) активізація мислення суб'єкта з адекватним відображенням дійсності у свідомості (активізація дискурсивно-логічного мислення та виникнення інсайтних форм мислення, тобто мисленні «озаріння»);

2) гіперактивізація мислення (поява нав'язливих думок та образів, безплідні фантазування та гіперзбудливість, боязкість, страхи, тривога);

3) «втеча» від вирішення стресогенних проблем (розв'язання дотичних, «замісних» проблем, які не мають відношення до цієї ситуації або зменшення активності мислення, наприклад, «втеча в сон»).

Соціально-психологічний блок.

У стані стресу змінюється відношення до навколишнього світу, в тому числі до людей, що проявляється у міжособистісній взаємодії. Характер і динаміка змін спілкування при стресі обумовлюються специфікою стресогенної ситуації, індивідуально-психологічними і особистісними особливостями взаємодіючих людей, а також соціокультурними, національними, етнічними, релігійними нормами, прийнятими у суспільстві тощо. Разом з тим виявлені загальні закономірності динаміки спілкування при тривалому стресі, зокрема, пов'язані з розвитком міжособистісних відносин.

Першою стадією є так зване «орієнтувальне завмирання», коли людина у стресовій ситуації завмирає, приглядається до оточуючих, щоб оцінити перспективу своїх подальших контактів з ними. На цій стадії спостерігається зниження активності і широти спілкування.

Друга стадія характеризується збільшенням інтенсивності спілкування, навіть у тих, кому не властиві активні форми спілкування поза стресогенними умовами. Метою інтенсифікації спілкування є встановлення індивідуального рольового статусу.

Третя стадія може бути пов'язана з необхідною або вимушеною допомогою партнеру, при цьому виникає, як правило, більш тісне спілкування. Вимушена допомога активізує адаптаційні резерви як у того, хто допомагає, так і у того, кому допомагають, внаслідок переживання власної цінності обома з них.

Четверта стадія пов'язана зі стабілізацією рольового статусу, яка може відбуватись на тлі різнопланових емоцій, позитивних чи негативних.

П'ята стадія розвитку спілкування при стресі може супроводжуватись як збільшенням, так і зменшенням його активності. У першому випадку в різних умовах можуть переважати компоненти спілкування, які або консолідують групу (прийняття на себе ролі лідера, його підтримка, прийняття відповідальності, товарицькість), або дезорганізують її (конфронтація з лідером, відчуження від інтересів групи, ухилення від відповідальності). У другому випадку, при зменшенні активності спілкування, можливі «втеча» від спілкування внаслідок зниження мотивації та здатності до нього, неприязнь до партнера, виникнення агресії або аутоагресії, зниження власної значимості на тлі занурення в себе.

Найбільш важкі психологічні наслідки викликають масові нещастя.

Т. Молес запропонована таку їх класифікацію:

А. Природні, до яких віднесені:

1. Кліматичні (урагани, смерчі, повені).
2. Сейсмічні (землетрус, виверження вулканів, цунамі).

В. Викликані людиною, серед яких:

1. Нещасні випадки: на транспорті (дорожній, залізничний, водний, авіа); у промисловості - вибухи (газ, хімічні, на шахтах, військових складах); пожежі (опіки, удушення димом); біологічні (вірусної, бактеріологічні, токсемії); хімічні (токсичні гази, рідини, тверді речовини); ядерні (радіація, радіаційне забруднення).

2. Навмисні: тероризм, бунти, заколоти, соціальні хвилювання, війни.

Показником екстремальності якого-небудь фактору можуть бути неприємні, хворобливі відчуття (психологічного й фізіологічного характеру), різні розлади міжособистісного характеру, зниження рівня працездатності. На думку Д. Уінгайта й Д. Броделя, подія є стресогенною тоді, коли порушується рівновага між індивідом і середовищем, що призводить до мобілізації внутрішніх резервів, пошуку й постановці нових цілей, трансформації системи екзистенційних цінностей і виробленню нових.

Гостра реакція на стрес виникає протягом місяця з моменту травми й триває від двох днів до чотирьох тижнів. Посттравматичний стресовий розлад звичайно розвивається через якийсь час після травми - не менш одного місяця після травми, і триває більше чотирьох тижнів. Крапкою відліку є сама подія, що травмує, або такі обставини.

Вивчення наслідків впливу екстремальної ситуації на психічний стан жертв різноманітних за походженням травматичних подій було розпочато ще

у другій половині XIX століття. У перших роботах з цієї проблеми в основному описувалися найбільш ранні наслідки гострої психічної травми.

Вперше стресовий розлад був описаний у солдат, учасників воєнних дій, під час Громадянської війни в Америці. Синдром був названий «солдатським серцем», тому, що виявлявся у вигляді характерних розладів серцевої діяльності.

У 1888 р. німецький невролог Г. Оппенгейм вперше використав термін «травматичний невроз» і привернув увагу вчених до емоційного аспекту психічної травми, але автор при цьому думав, що травматичний невроз розвивається внаслідок «механічного ушкодження нервових зв'язків».

Вже в 1889 р. П. Дженет припустив, що сильні емоційні реакції порушують інтеграцію травматичної події в систему пам'яті індивіда. На його думку, результатом відділення від сфери свідомості спогадів про травматичні події є те, що вони відкладаються у вигляді реакцій тривоги, паніки і візуальних образів (нічні кошмари та flashback). Вчений також спостерігав, що жертви травматичних подій уникають нагадувань про пережите, тому, що відчувають значні труднощі в контролі над сферою емоцій. Нездатні залишити подію в минулому, вони як би «прив'язані» до неї, повертаються знову і знову, тим самим поглиблюючи свої страждання.

Одне з перших системних досліджень жертв травматичних подій було розпочато Е. Стерлінгом (1909) при вивченні постраждалих від землетрусу в Мессіні й аварії на гірському руднику. Вчений прийшов до висновку, що головними моментами в розвитку психічних розладів є переляк і емоційний шок, які знижують резистентність нервової системи і стають провідними чинниками в розвитку неврозу. Автором були показані загальні закономірності розвитку психічних розладів у жертв різноманітних за походженням катастроф.

Т. Сімпсон (1929) обстежила 30 дорослих і 20 дітей через декілька днів після землетрусу в Криму й описала у постраждалих фізіологічні й патологічні реакції. У протіканні фізіологічних реакцій були виділені три фази. Перша фаза характеризувалася фізичними відчуттями, пов'язаними з катастрофою, наприклад, з відчуттям хиткості ґрунту: у фазі свідомої переробки сенсорних подразнень одні особи діяли активно і цілеспрямовано, інші – були пасивними, субступорозними; у третій фазі відбувалася «рухова розрядка», яка супроводжувалася вазовегетативними розладами. Фізіологічні реакції проходили без невротичних наслідків. До патологічних реакцій були віднесені випадки із затяжними невротичними і депресивними порушеннями. Вперше було відзначено, що у дітей реакції протікали в стертій формі.

Під час Першої світової війни починається вивчення воєнних психогеній. У той час зустрічалися випадки масових самогубств через страх йти в бій. На думку А. Гревера, найсильніший вплив на військових має артилерійський вогонь (1915). Т. Селемон ввів у науку поняття «артилерійський шок». У військових відзначалися пригнічений настрій, дратівливість, розлади сну й апетиту. При сполученні психотравми і каліцтва у хворих була виражена настирливість, іпохондричність, некритичність до своєї поведінки.

Дослідження учасників двох світових війн дозволило вченим запропонувати низку термінів для позначення негативного впливу бойової обстановки на учасників воєнних дій: «кулеметний сон» (Є. Краснушкін; 1949), «невроз переляку» (А. Гревер; 1914), «невроз туги» (С. Суханов; 1915), «воєнний невроз» (Б. Осипов; 1934), «хронічний воєнний невроз» (А. Кардинер; 1941), «воєнна втома» (В. Гіляровський; 1946), «бойове виснаження» (О. Лурія; 1946). Загальними елементами в описі у різних дослідників були: розлади сну, нічні кошмари, депресія, гіпертрофовані емоційні реакції, підвищений рівень збуджуваності. Було показано, що війна не дає нових, невідомих мирному часу видів психічних розладів, її впливи лише до деякої міри видозмінюють патопластику відомих психічних розладів.

Значний внесок у вивчення патогенетичних механізмів травматичного неврозу внесли роботи З. Фрейда (1939). Вчений розглядав воєнний невроз як наслідок «его-конфлікту». Автор виявив існування двох форм реакцій - негативної і позитивної. Перша полягає у витискуванні травми через відмову прийняти її, тоді як друга - реалізація у формі спогадів і переживань. З. Фрейд пропонував відстрочені психічні явища у ветеранів називати «воєнним неврозом». Завдяки роботам З. Фрейда в 20-30 рр. травматичний невроз стали розуміти як наслідок нестерпних переживань.

Особливе місце в описі феноменології посттравматичних розладів займають роботи Е. Крепеліна. Вчений визначав психоневроз у солдат як «...стан протесту проти повернення на фронт...». Автором було відзначено, що у таких хворих настрій залишається пригніченим, пацієнти можуть бути плаксивими або похмурими, дратівливими, при цьому вони докладно розповідають про свої нещастя і страждання. Звернено увагу на симптоми «істеричного реагування», наявність «рентних установок». Е. Крепелін уперше показав, що в деяких випадках після психічної травми розлади можуть залишатися постійними і навіть посилюватися.

А. Кардинер звернув увагу на те, що в осіб, які страждають «травматичним неврозом», розвивається постійна пильність і надчутливість

до загроз зовнішнього світу, у міжособистісному спілкуванні з'являються дратівливість, схильність до вибухових агресивних реакцій. Автор підкреслював, що «ядром неврозу є психоневроз. Це виникає на полі бою і зберігається під час внутрішнього процесу організації досвіду, кожний проміжний засіб пристосування залишається і зберігається в хронічній формі». Дослідження А. Кардинером ветеранів Першої світової війни (1922-1928 рр.) дозволили також виявити типові «відставлені» реакції на травматичну подію війни: «фіксація» на травмі, кошмари, зниження загального рівня психічної діяльності, дратівливість, схильність до емоційних «вибухів». Вчений вважав, що «травматичний невроз завжди є присутнім і не змінюється». А. Кардинер запропонував поняття про «центральный фізіоневроз», який, на думку автора, служить причиною розладів низки особистісних функцій, що забезпечують зменшення адаптації до навколишнього світу. Таким чином, травматичний невроз має як фізіологічну, так і психологічну природу. Вперше дано комплексний опис його симптоматики: збуджуваність і дратівливість; невтримний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах події, що травмувала; відхід від реальності; схильність до некерованих агресивних реакцій.

Дослідження А. Кардинера і Л. Ліндемана показали, що відповідь на травму є двоїстою: гіпермнезії, гіперактивність у відповідь на стимули і травматичні переживання співіснують із психічним онімінням, униканням, амнезією.

Досвід Другої світової війни показав, що психічна напруга, викликана страхом і тривогою, є досить великою. Під час війни у Великобританії проводилися дослідження цивільного населення міст, що піддавалися інтенсивним бомбардуванням. Було відзначено, що почуття пригніченості й страху, кардіоваскулярні симптоми після повітряного нальоту зменшувалися, змінюючись ейфоричним збудженням. Після важких нальотів були більш виражені апатія і байдужність. Ця байдужність призводила до того, що ці люди часто не зверталися своєчасно за медичною допомогою. На думку В. Воловича, у формуванні психогеній військового часу в населення, крім безпосередніх переживань, пов'язаних із загрозою життя, істотну роль відіграють такі чинники як інформаційна непевність, загроза існуванню близьких людей, ламання основних життєвих стереотипів, стомлення й інше. Несподіванкою для дослідників стала відсутність очікуваних «масових» неврозів серед мирного населення. Є. Краснушкіним це пояснювалося «своєрідною імунізацією» стосовно психогенних чинників. За даними В. Менингер, у лікувальні установи армії США під час Другої світової війни

(з 1 січня 1942 р. по 30 червня 1945 р.) надійшло близько 1 млн. осіб з нервово-психічними захворюваннями, у тому числі 64 % із психоневрозами й 7 % із психозами. Відповідно до даних С. Бейкер, майже половина військовослужбовців, демобілізованих за станом здоров'я з армії США під час Другої світової війни, страждала нервово-психічними захворюваннями, у тому числі 70% психоневрозами. За даними Фіглі, протягом першого року Другої світової війни кількість втрат за психіатричними показниками зростає в три рази в порівнянні з попередньою війною, при тім, що при відборі непридатними до військової служби було визнано в 3-4 рази більше солдатів, ніж у Першу світову.

Т. Мокор наводить дані про те, що 99% льотчиків ВВС США відзначали в себе під час бойових вильотів прояву страху у вигляді різних фізіологічних реакцій: серцебиття, прискореного пульсу, м'язової ригідності, холодного поту, гурчання в животі, частих позивів до сечовипускання, тремтіння, болю в області кишківника, мимовільного сечовипускання й дефекації.

Р. Гринкер та Дж. Шпигель були узагальнені фізичні симптоми гострого посттравматического стану в солдатів: порушення ходи, зміни з боку згиначів у позі, гіперкінези, тремор у спокої, маскоподібне обличчя, нетримання сили, мутизм, сильний рефлекс здригування, порушення функції ЖКТ. В основі відстрочених психічних реакцій на бойові дії вчені бачили як фізіологічні, так і психологічні причини. На думку авторів, солдат під час війни випробовує фізіологічний, емоційний і соціальний стрес.

Вивчення наслідків війни в Кореї показало, що втрати боєздатності через психологічні причини, особливо через понад сильну стресову реакцію, можуть досягати чверті загальних втрат в армії. Під час вторгнення в Ліван ізраїльської армії кількість втрат від психічних захворювань в 1,5 рази перевершило кількість убитих. З. Соломоном було показано, що стресам у бойовій обстановці більш чутливі солдати старші 25 років, з більше низьким утворенням і військовим званням, менш підготовлені до бойових дій.

У сучасному розумінні, гострий стресовий розлад є короткочасним, як і гострий стрес, але є реакцією на набагато більш травматичний випадок і спричинить значно більш проблемні та сильні симптоми у відповідь на травму.

Критерії діагностики гострого стресового розладу. Щоб відповідати критеріям та діагностувати цей стан, людина повинна відповідати таким вимогам:

- зазнала серйозної травми, сексуального порушення або загрози, або фактичного настання смерті в одній або декількох з наступних ситуацій (за винятком впливу через різні форми засобів масової інформації);

- переживає подію безпосередньо;

- подія трапилася з членом сім'ї або близьким другом (у разі смерті або загрози смерті вона повинна мати випадковий або насильницький характер);

- наявність крайньої або повторної дії жахливих деталей події.

1. Проявляється щонайменше дев'ять або більше з наступних симптомів з будь-якої з п'яти представлених категорій, і вони повинні починатися після того, як переживають розглянутий травматичний інцидент або погіршуються:

- нав'язливі симптоми;

- нав'язливі, повторювані та мимовільні спогади про травму, які викликають постійний дистрес;

- повторювані та тривожні мрії або про саму травму, або з тематикою, пов'язаною з пережитим травматичним інцидентом;

- дисоціативні симптоми (наприклад, наявність спалахів), які викликають у людини відчуття або поведінку так, ніби вони переживають травму, що сталася;

- наявність сильного або повторного психічного або фізичного розладу у відповідь на нагадування про будь-який аспект пережитої травми.

Негативні симптоми настрою:

- повторна нездатність відчувати позитивний настрій чи позитивні емоції (такі як задоволення чи радість);

- дисоціативні симптоми;

- переживає змінене відчуття реальності (наприклад, їх оточення чи власне тіло не здається справжнім, відчуття запаморочення, змінене сприйняття часу тощо);

- неможливість згадати певні деталі травматичного інциденту, але не через травму голови або зловживання речовинами, що впливають на пам'ять.

Симптоми уникнення:

- послідовно докладаються зусилля, щоб уникнути будь-яких спогадів, думок чи емоцій, пов'язаних із пережитою травмою;

- послідовно докладаються зусилля, щоб уникнути будь-яких нагадувань про травму чи пов'язані деталі (будь-то певні місця, предмети, люди, розмови чи об'єкти).

Симптоми збудження:

- утруднення сну, засинання або відчуття неспокою при спробі сну;

- агресія, дратівливість і гнівні спалахи;
- проблеми з концентрацією та зосередженням уваги;
- гіпервігуальність;
- надмірно інтенсивна реакція на стрімкість у реакції на подразники.

2. Травма та супутні симптоми повинні погіршувати здатність індивіда функціонувати на робочому місці, в особистих стосунках та інших аспектах їх повсякденного життя, і повинні спричиняти їм значні проблеми.

3. Симптоми повинні бути присутніми від 3 днів до одного місяця після того, як трапився травматичний інцидент.

4. Супутні симптоми не можуть бути пов'язані або викликані зловживанням наркотиками, ліками чи іншими значущими станами здоров'я. Їх також не можна краще класифікувати за іншим діагнозом психічного здоров'я.

Деякі люди з гострим стресовим розладом можуть також отримувати діагнози інших станів психічного здоров'я, таких як депресія або тривожність, які можуть мати подібні, але менш виснажливі симптоми. Сюди можна віднести почуття безвиході, низький настрій, проблеми зі сном, проблеми концентрації, постійне занепокоєння, втому, втрату інтересу до щоденних занять, плач або паніку, зміни апетиту або, можливо, навіть думки про самогубство або самопошкодження.

Особливої уваги в екстремальних ситуаціях потребують діти. Зазвичай вони долають стрес краще, коли поруч є стабільні, спокійні дорослі. В залежності від віку діти можуть по-різному поводити себе.

У дитини від 0 до 2 років може посилюватися плаксивість, бажання бути у фізичному контакті з дорослими (бути «на ручках»), дратівливість, пасивність (поводиться тихо, знижене відчуття зв'язку з дорослими), підвищена емоційність.

Дитина від 2 до 6 років може відчувати страх бути розлученою з батьками/опікунами, її непокоїть почуття безпорадності та безсилля, стає замкнутою або заперечує ситуацію. Може повернутися до більш ранньої поведінки, такої як смоктання пальця, нічне нетримання сечі (вважається стресовою реакцією тільки для тих дітей, які вже навчилися контролювати сечовий міхур) або страху темряви. Інколи знову і знову відтворює частини неприємного досвіду в своїх іграх.

Дитина від 6 до 10 років може мати фантазії, в яких виступає рятувальником, хоче часто говорити про подію, шукати шляхи відновлення почуття контролю. Вона може повернутися до такої поведінки, як смоктання пальця, страху темряви чи відмовлятися говорити чи спілкуватися з іншими (навіть з найближчими). Бувають непередбачувані зміни настрою. У дітей

цього віку можуть спостерігатися порушення сну (труднощі із засипанням, страх спати на самоті або часті кошмари). Діти цього віку також можуть скаржитися на головні болі та болі в животі без очевидної причини, а деякі діти можуть проявити надзвичайно необачну або агресивну поведінку.

Підлітки можуть реагувати так само як дорослі – відчують роздратування, відкидають правила чи поведуться агресивно. Вони можуть стати більш імпульсивними чи використовувати ризикові моделі поведінки, такі як вживання алкоголю або психоактивних речовин, самопошкодження, зміни харчової поведінки (наприклад, вживати занадто багато чи занадто мало їжі), відчувати страх.

1.2. Структура надання першої психологічної допомоги

У найбільш узагальненому вигляді перша (екстрена) психологічна допомога на першому рівні має передбачати виконання таких дій:

1) максимально можливо для умов, що склалися, забезпечити постраждалого, за потреби надати необхідну першу медичну допомогу. Крім того, необхідно зробити припущення щодо стимулу, який безпосередньо спровокував реакцію та спробувати прибрати його із поля зору (слуху, тощо) постраждалого (так би мовити, забезпечити об'єктивно та суб'єктивно);

2) оцінити психічний стан постраждалого, визначити його найбільш суттєві ознаки, тип (агресивна поведінка, паніка, рухове та нервово збудження, істерика, ступор, жах, апатія, плач, гостра реакція горя, галюцинаційні переживання) та реалізувати дії, що припиняють розгортання цього стану;

3) задовольнити першочергові фізіологічні потреби (дати попити, зігріти, накормити, дати можливість поспати тощо) та потребу в інформації, що пов'язана із забезпеченням особистої безпеки, почуттям впевненості;

4) емоційно, соціально підтримати, вислухати (не перебивати, не квапити, демонструвати зацікавленість), за можливості покликати близького товариша. При цьому не потрібно заставляти говорити про ситуацію, що відбулася, якщо постраждалий не хоче цього, тобто не можна влаштовувати «доморобний сеанс психотерапії», не можна давати оцінок тому, що людина зробила чи не зробила чи її емоціям; не можна позбавляти її віри у власні сили та здатність самій подбати про себе;

5) передати контроль над собою самому постраждалому; розширити його поля свідомості, яке під дією стресорів звужується до сприйняття психотравмуючих об'єктів (важливо опертися на ту здатність до довільних дій, яка залишилась у постраждалого, щоб відновити у нього контроль над

собою). Якщо стан постраждалого дозволяє, то ви не даєте йому воду, їжу, а керуєте ним – «Вставай, тобі потрібно піти попити, поїсти, вмитися» чи «Піднімайся, підемо чистити зброю» і так далі. Для розширення поля свідомості просіть роздивитися навколо і надати оцінку навколишнім об'єктам, виключаючи ті об'єкти, які викликали стресову реакцію: «Що ти бачиш праворуч (зліва, в бліндажі), як ти вважаєш...? ». Виконуючи ці дії, намагайтесь називати постраждалого на ім'я, так як це допомагає налагодити контакт з його свідомістю;

б) зберегти гідність постраждалого (не припустимим є поширення у військовій частині особливостей поведінки постраждалого у «хвилину слабкості»). Виниклі в частині у постраждалого через поширення такої інформації відчуття сорому, провини можуть запустити механізм розвитку посттравматичних стресових реакцій. Крім того, така інформація негативно позначається на згуртованості колективу (військовослужбовця починають вважати «слабкою ланкою», не довіряють йому своє життя, прагнуть уникати співпраці з ним тощо);

7) організувати подальшу допомогу: по-перше, співслужбовець має доповісти безпосередньому командирі про негативний стан постраждалого. По-друге, за умов близькості знаходження психолога частини, пункту психологічної допомоги, мобільного пункту психологічної допомоги забезпечити надходження від них кваліфікованої допомоги до постраждалого. Якщо у шаговій досяжності немає фахівця-психолога і після наданої першої (екстреної) допомоги стан постраждалого значно не покращився, за розпорядженням командира потрібно супроводити постраждалого до найближчого пункту психологічної допомоги чи медичної частини [12, с.12-14].

Не починайте діяти одразу. Визначте, яка допомога (крім психологічної) потрібна, хто найбільше потребує допомоги. Дізнайтеся імена людей, які потребують допомоги. Представтеся, хто ви і які функції виконуєте («Я – соціальний працівник», «Я – волонтер», «Я – лікар», «Я допомагаю постраждалим»).

Людині може надати надію вже ваша присутність. Скажіть, чим ви можете допомогти, поясніть, що допомога скоро прибуде, що ви про це подбали. Важливо відновити процес життєдіяльності людини: попросіть подихати в певному ритмі (наприклад: «Вдихніть, трохи затримайте дихання, видихніть». «Дихайте! – Вдих ... видих ... вдих ... видих». «Дихайте разом зі мною»).

Встановіть контакт очима, словами (наприклад: «Ви мене чуєте?»), заспокойте простими словами (наприклад: «Я разом з Вами», «Спробуємо разом», «Тут вже спокійно»).

Важливо відновити орієнтацію в поточній дійсності. Запитайте про те, що людина чує, бачить, де знаходиться. Якщо людина не зовсім орієнтується, поінформуйте (коротко, точно) про місце, час, ситуацію (наприклад, «Тут багато народу – це площа. Був вибух. Ви злякалися» – ваша мова проста, однозначна, спокійна).

Потім відновіть ланцюжок пам'яті: запитайте, що пам'ятає до, що – після події: «Як все почалося? Що Ви робили?». Обережно встановіть тілесний контакт з потерпілим: візьміть за руку або поплескайте по плечу.

Торкатися до голови або іншим частинам тіла не рекомендується. Займіть положення на тому ж рівні, що й потерпілий.

Не повертайтеся до потерпілого спиною. Дитину можна трохи обійняти.

Ніколи не звинувачуйте людей. Уникайте будь-яких слів, які можуть викликати почуття провини.

Не давайте хибних надій і неправдивих обіцянок.

Розкажіть, які заходи потрібно вжити людині для отримання допомоги в її випадку.

Дайте людині повірити в її власну компетентність. Дайте їй доручення, з яким вона впорається (наприклад, одягнути куртку, скласти речі в сумку).

Використовуйте це, щоб вона переконалася у власних здібностях, щоб у неї виникло почуття самоконтролю: «Вам вже доводилося долати труднощі, правда? Ось і зараз подолаєте»

Дайте людині виговоритися. Слухайте її активно, будьте уважні до її почуттів і думок. Переказуйте позитивне.

Скажіть людині, що ви залишитеся з нею. У разі необхідності її покинути, знайдіть того, хто може опікуватися нею і проінструктуйте щодо подальших дій.

Залучайте інших людей до надання допомоги. Інструктуйте їх і давайте їм прості доручення.

Намагайтеся захистити людину від зайвої уваги і розпитувань. Можна відгородити від цікавих, наприклад, давши їм доручення: «Пройдіть, будь ласка, і подивіться, чи немає тих, кому потрібна допомога, підтримка. Допоможіть їм».

У кризовій ситуації людина завжди знаходиться в стані психічного збудження. Це нормально. Поведінка такої людини не повинна вас лякати,

дратовати або дивувати. Її стан, вчинки, емоції – це нормальна реакція на ненормальні обставини.

Не надавайте психологічну допомогу, якщо ви до цього не готові, не хочете (неприємно або інші причини).

Знайдіть того, хто може це зробити. Дотримуйтеся принципу «Не нашкодь»! Обмежтеся лише співчуттям і якнайшвидше зверніться по допомогу до фахівця (психотерапевта, психіатра, психолога) [4].

Розуміючи ППД як сукупність заходів загальнолюдської підтримки та практичної психологічної допомоги людям, які зазнали впливу надсильних стресорів, фахівці розглядають її як здійснення гуманних, підтримуючих заходів реагування на страждання особи, яка може потребувати підтримки. Перша психологічна допомога:

- ППД має певну структуру (складається із взаємопов'язаних елементів), реалізується послідовно;
- потреба у ППД залежить від глибини впливу події на індивідуума;
- у більшості ППД надається при тяжкому впливові психотравмуючої події на особу (оцінка поведінки постраждалого є вирішальною для винесення рішення про її надання);
- не передбачає детальне обговорення подій, які викликали стан дистресу;
- не кожна людина, яка пережила кризову подію, потребує ППД або прагне її отримати;
- передбачає певні аспекти (формування відчуття безпеки, надання доступу до соціальної, фізичної та емоційної підтримки; зміцнення віри в можливість допомогти собі та оточуючим) та інше.

Існують багато протоколів проведення першої психологічної допомоги, серед яких виокремлюються : модель індивідуального кризисного втручання Дж. С. Еверлі, протоколи Н. Агазаде, В. Рафаель, О. Гершанова, І. Пінчук, протокол ЯАЛОМ та інші. Одні фахівці виокремлюють чотири або п'ять етапів в надання ППД, інші надають покрокові інструкції, зазначаючи десять або дванадцять протокольних елементів.

Аналізуючи зазначені протоколи, ми бачимо, що є певні спільні характеристики у складових та послідовності проведення первинної психологічної допомоги. До них віднесено такі основні дії фахівців:

- контакт та залучення;
- безпека та комфорт, стабілізація стану;
- збирання інформації;
- практична допомога;
- зв'язок із соціальною підтримкою;

- надання інформації щодо стратегій подолання гострого стресу;
- взаємодія із суміжними службами та перенаправлення.

1.3. Принципи та етичні правила надання першої психологічної допомоги

Згідно з рекомендаціями ВООЗ перша психологічна допомога ґрунтується на таких *етичних принципах* [9]:

1) *захист безпеки, гідності й прав людини*: уникати дій, які можуть поставити людей під загрозу подальших травмуючих впливів; захищати дорослих та дітей, яким надається допомога, від фізичної і психічної травми; поводитися із людьми з повагою і відповідно до культурних і соціальних норм; вчиняти щодо людини лише ті дії, на які вона дає свою згоду (це стосується можливості говорити з нею, торкатися її, ухвалювати важливі для неї рішення тощо); впевнитися у тому, що допомога надається справедливо, без дискримінації; допомагати людям відстоювати свої права й отримувати належну допомогу; діяти в кращих інтересах кожного потерпілого, якому надається допомога;

2) *відповідність дій психологів культурі й традиціям потерпілих*: утримання від способів контактування, не прийнятних в культурі потерпілих (наприклад, доторкання, прямого погляду у вічі тощо);

3) *інформованість помічників щодо інших заходів з реагування на надзвичайну ситуацію*: слідувати вказівкам відповідних органів, що керують заходами з ліквідації кризової ситуації; бути в курсі того, які заходи реагування приймають і які є ресурси для надання допомоги; не перешкоджати проведенню пошуково-рятувальних операцій і роботі медиків; чітко уявляти свої функції та їх межі;

4) *піклування про власну безпеку*: усвідомлювати, що пережите в кризовій ситуації під час надання допомоги може негативно вплинути або сам помічник та його сім'я може опинитися серед потерпілих; турбуватися про власне здоров'я та благополуччя; звертати увагу на власний стан і бути впевненим у своїй фізичній та емоційній здатності допомогти іншим; берегти себе, щоби краще піклуватися про інших; цікавитися самопочуттям інших членів команди.

О. Тімченко та автори наголошують, що при наданні психологічної допомоги (так званої «кризової інтервенції») психолог повинен керуватися наступними *етичними принципами* [2]:

1. *Емпатичний контакт*. Із встановлення емпатичного контакту починається кризове втручання.

2. *Невідкладність.* Кризове втручання характеризується невідкладністю, граничною терміновістю.

3. *Високий рівень активності психолога.* Психолог повинен проявляти максимальну активність у встановленні контакту з людиною, що переживає кризу, і в зборі інформації, щоб якомога швидше оцінити ситуацію й намітити план дій.

4. *Обмеження цілей.* Найближча мета кризової інтервенції – запобігання катастрофічним наслідкам. Основна мета – навчити користуватися адаптивними способами подолання кризи й відновлення психічної рівноваги.

5. *Підтримка.* При роботі з подолання кризи психолог у першу чергу забезпечує клієнтові підтримку.

6. *Сфокусованість на основній проблемі.* Кризове втручання повинне бути досить структурованим, щоб допомогти зосередитися на основній проблемі, що призвела до кризи.

7. *Повага.* Людина, що переживає кризу, сприймається психологом як знаюча, цілком компетентна, незалежна, яка прагне набути впевненості в собі, здатна зробити самостійний вибір.

С. Хобфоллом та його колегами було запропоновано наступні принципи втручання при наданні психосоціальної підтримки в умовах надзвичайних ситуацій: сприяння відчуттю безпеки; сприяння заспокоєнню; сприяння відчуттю спроможності себе та громади; сприяння об'єднаності; сприяння надії [18].

ППД має чотири оперативні принципи – *підготуватися, спостерігати, слухати і з'єднувати.*

1. *Підготовка:* дізнайтеся, що сталося, яка допомога і підтримка є на місці. У кризових ситуаціях часто виникає хаос і необхідно терміново діяти. Однак перед тим, як потрапити на місце, де відбулася кризова подія, намагайтеся отримати відповіді на такі запитання: Що сталося? Коли і де це сталося? Яка ймовірна кількість потерпілих і хто вони? Де і як люди можуть отримати таку допомогу? Хто ще надає допомогу? Чи минула кризова подія або вона ще продовжується? Які існують небезпеки: терористи, міни, зруйнована інфраструктура? Чи є зони, яких слід уникати з міркувань безпеки або куди вам заборонено доступ?

2. *Спостерігати:* перевірити умови безпеки, тобто чи є важкоушкоджені, які потребують екстреної медичної допомоги? Чи є люди, які потребують порятунку, наприклад, люди під завалами та інше? Перевірити, чи є навколо люди у стані важкого дистресу: люди, які

виглядають надзвичайно пригніченими або знервованими, які не здатні переміщуватися, не реагують на інших або знаходяться у шоці?

Чого *не слід робити* (під час спостереження за людьми після надзвичайної ситуації) [9]: не очікуйте, що всі будуть травмовані; не патологізуйте; не роздавайте ярликів: «симптом», «діагноз», «розлад».

Як правило, особливої уваги потребують:

- діти та підлітки, зокрема розлучені з батьками або опікунами - вони потребують захисту від насилля та експлуатації, їм також потрібна допомога в задоволенні основних життєвих потреб;

- люди з розладами здоров'я або з обмеженими фізичними та психічними можливостями можуть мати потребу в допомозі, щоб дістатися безпечного місця, захисті від насилля, у медичній допомозі та інших послугах; до цієї групи входять літні люди, люди з важкими розумовими розладами, порушеннями зору та слуху;

- люди, яким у кризовій ситуації може загрозувати дискримінація та насилля, наприклад, жінки або представники певних етнічних груп можуть потребувати особливого захисту для отримання допомоги.

3. *Слухати* – на практиці означає [9]:

- звертайтеся до людей з повагою і відповідно до їхньої культури;
- представтеся: назвіть своє ім'я та організацію;
- спитайте чим їм допомогти;
- створіть елементарну комфортну обстановку: запропонуйте води;
- з'ясуйте, у чому вони мають потребу і що їх бентежить, завжди питаєте, що потрібно і які в них проблеми;

- вислухайте їх і намагайтеся заспокоїти: будьте поруч; не примушуйте людей розповідати про те, що сталося; уважно вислухайте, якщо людина забажає поговорити про те, що сталося; якщо людина зазнала сильного стресу, намагайтеся її заспокоїти і переконайтеся, що вона не знаходитиметься на самоті;

- допоможіть людям заспокоїтися. Ваш тон повинен бути спокійним і м'яким. Якщо це не суперечить культурі, підтримуйте зоровий контакт з людиною під час розмови. Скажіть, що ви тут для того, аби допомогти. Якщо людина вже знаходиться поза небезпекою, нагадайте їй про це.

Надання першої психологічної допомоги має узгоджуватись із базовими етичними нормами, принципами та правилами загальнолюдської взаємодії й ґрунтуватись на безумовному додержанні пріоритету інтересів людини за принципом «не нашкодь».

Основні етичні правила надання ППД містяться у наступних положеннях:

- бути гарантом високоморальної взаємодії, відповідальним за компетентні та якісні дії, за пріоритетність цілей надання першої психологічної допомоги незалежно від поведінки чи реакції людини;

- всіляко запобігати і не допускати антигуманних наслідків у своїй діяльності;

- додержуватися конфіденційності, використовувати інформацію особистого характеру, яку повідомляє людина, лише в її інтересах (виняток становлять випадки, коли виявлені симптоми є небезпечними для самої людини або інших, і доцільно поінформувати тих, хто може надати кваліфіковану допомогу);

- у спілкуванні виявляти готовність надати допомогу, демонструвати уважне, шанобливе ставлення, не оцінювати дії людини, проявляти щирість, чесність, витримку та повагу;

- психологічна підтримка має бути теплою, доброзичливою, цілющою, прагнути мінімізувати пов'язані з травмою переживання людини, ставити тільки необхідні запитання і намагатися отримати лише важливу інформацію, без примусу говорити чи тиску;

- враховувати і з розумінням ставитись до специфіки прояву мультикультурного розмаїття (етнічної й культурної ідентичності, традицій або релігійних канонів), вікових, гендерних, соціальних та інших особливостей людини;

- бути поруч із людиною, але дотримуватися необхідної дистанції з урахуванням її віку, статі та культури;

- з повагою ставитись до права людини самостійно приймати рішення;

- чітко дати зрозуміти людині, що, навіть якщо вона відмовляється від допомоги зараз, вона може звернутися за нею згодом.

Категорично заборонено:

- нав'язувати свою допомогу, вести себе настирливо, перебільшувати свої знання або навички;

- примушувати людину розповідати про те, що з нею сталося;

- використовувати довірливе ставлення і залежність людини, свій статус та надану інформацію у власних корисливих інтересах або з метою одержання неправомірної вигоди для себе чи інших осіб;

- використовувати свої знання і становище з метою приниження людської гідності, пригнічування особистості або маніпулювання нею;

- проявляти будь-яку з форм дискримінації за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, віку, інвалідності,

етнічного та соціального походження, громадянства, сімейного та майнового стану, місця проживання, мовою або іншими ознаками;

– давати марні обіцянки або такі, які не в змозі виконати, повідомляти недостовірну інформацію або переказувати інформацію, почуту від інших;

– давати оцінку вчинкам й переживанням людини, критикувати її особисті якості, емоції чи поведінку, говорити про те, що людина має, на вашу думку, відчувати або як вона повинна була діяти.

1.4. Особливості надання першої психологічної допомоги

За визначенням ВООЗ, *перша психологічна допомога (ППД)* – це сукупність заходів психологічної підтримки та практичної допомоги людям, які страждають або відчують потребу в чомусь, які зазнали впливу надсильних стресорів [8, с. 51]. Її надання не передбачає значної професійної підготовки – достатньо знань, отриманих в рамках загальноосвітнього психологічного інформування і природної здатності проявляти співчуття, людяність. Важливою характеристикою першої психологічної допомоги є її простота.

ППД призначена для людей, які знаходяться у стані стресу в результаті щойно пережитої або поточної важкої кризової події. Таку допомогу надають як дорослим, так і дітям. Однак не слід нав'язувати ППД тим, хто її не хоче, але треба бути поруч з тими, хто, можливо, захоче отримати підтримку. *Негайної допомоги* потребують люди:

- з важкими (із загрозою для життя) фізичними травмами;
- у психічному стані, який не дає їм можливості самостійно піклуватися про себе та своїх дітей;
- які можуть завдати шкоди собі або іншим людям.

ППД є одним із низки заходів у відповідь на надзвичайні події. Коли постраждалих сотні й тисячі, застосовують різні заходи реагування: пошуково-рятувальні операції, надання екстреної медичної допомоги, забезпечення притулку, роздача харчів, заходи щодо розшуку членів сімей і захисту дітей.

Часто співробітникам гуманітарних організацій і волонтерам нелегко дізнатися яка допомога надається і де саме. Це стосується і випадків масових лих і подій в місцях, де відсутня інфраструктура медико-санітарних та інших служб. Необхідно дізнатися, які послуги і допомога надаються постраждалим, повідомити про це людям, яким допомагають, і порадити їм куди звертатися.

Надаючи допомогу в кризовій ситуації, бажано:

- слідувати вказівкам відповідних органів, керуватися відомими заходами з ліквідації кризової ситуації;
- знати які відбуваються заходи реагування і які є ресурси для надання допомоги нужденним;
- не заважати проведенню пошуково-рятувальних операцій і роботі медичного персоналу;
- чітко уявляти власні функції та їх межі.

Щоб надавати ППД не обов'язково мати кваліфікацію психолога або фахівця із соціальних питань. Однак, при наданні допомоги людям в кризових ситуаціях, рекомендується працювати через відповідні компетентні організації або громадські групи. Діючи самостійно, можна піддати себе ризику, дії можуть негативно вплинути на координацію заходів, а переміщені особи можуть не отримати належної допомоги.

За «Керівництвом МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації», ППД відноситься до системи інтервенцій та документально затверджена ООН як базова модель надання психосоціальної підтримки у кризових умовах.

Піраміда психосоціальних інтервенцій — це система заходів, спрямованих на психосоціальну допомогу та підтримку дорослих і дітей, які зазнали впливу надзвичайних ситуацій відповідно до характеру спричинених стресовими/травматичними подіями психологічних реакцій людей та характеру їхніх потреб у допомозі.

Піраміда психосоціальних інтервенцій складається з чотирьох рівнів:

На першому рівні надається допомога та підтримка, що відповідає базовим потребам — у їжі, житлі, матеріальній допомозі, медичному обслуговуванні — та потребі в безпеці. На цьому рівні працюють спеціальні соціальні та гуманітарні організації і служби, які відповідальні саме за надання базової допомоги.

Другий рівень піраміди інтервенцій становлять заходи, спрямовані на підтримку та відновлення контактів і зв'язків між людьми, зокрема між дітьми та дорослими, через які людина (дитина) відчуває власну приналежність до групи, громади, культури, і, отже, користується ресурсом підтримуючих стосунків з людьми, що допомагає їй пережити важкий період життя.

Третій рівень піраміди інтервенцій містить заходи з неспеціалізованої, але сфокусованої підтримки, яку надають у разі, коли підтримки попередніх рівнів недостатньо для подолання наслідків впливу стресових подій та відновлення психологічного благополуччя. Таку допомогу та підтримку

можуть реалізовувати спеціалісти та волонтери, навчені для надання конкретних інтервенцій. Сюди входить базова емоційна та практична підтримка, зокрема – ППД.

Четвертий рівень піраміди інтервенцій становлять спеціалізовані (зокрема клінічні) послуги, які надають ті спеціалісти чи установи, що мають вузький медичний або психотерапевтичний профіль та мають право і необхідну фахову компетенцію для надання спеціалізованої допомоги. Такої допомоги потребують в умовах надзвичайної ситуації люди з високим рівнем дистресу або в стані психічного розладу, через що вони можуть завдати шкоду собі або іншим, або стають неспроможними самостійно піклуватися про себе або своїх дітей [8, с. 27-29].

Завдання ППД:

- надавати практичну допомогу особам, які пережили кризову подію;
- допомагати у задоволенні базових (фізичних) потреб потерпілих;
- сприяти убезпеченню осіб, які можуть стати жертвами насильства чи дискримінації; захистити людей від подальшої шкоди;
- заспокоїти, сприяти стабілізації емоційного стану людей у стресі; вислухати, але не примушувати їх говорити;
- підтримати і за можливості посилити у потерпілих почуття власної спроможності допомогти собі й іншим;
- зорієнтуватися у потребах і проблемах уцілілих, надати потрібну інформацію про можливість задоволення їхніх потреб або сприяти отриманню такої інформації із надійного джерела;
- зв'язати уцілілих з мережами соціальної підтримки, родичами, друзями, сусідами, а також ознайомити з ресурсами громадської підтримки.

ППД відрізняється від фахової психологічної допомоги:

- це не та допомога, яку можуть надавати лише спеціалісти (фахові психологи);
- це не професійна психологічна консультація;
- це не «психологічний дебрифінг», тобто ППД не є обов'язковим детальним обговоренням подій, що викликали дистрес;
- це не пропозиція постраждалому проаналізувати, що з ним сталося, та встановити точну послідовність і суть подій.

Отримання ППД важливо для довгострокового відновлення людини: формування відчуття безпеки, зв'язку з іншими людьми, спокою та надії; надання доступу до соціальної, фізичної та емоційної підтримки; зміцнення віри людей у можливість допомогти собі та іншим, допомога їм у поверненні почуття контролю над власними діями (і через це – контролю над ситуацією). Вказані моменти є ключовими захисними факторами, що посилюють

резилієнс людей, які переживають кризові події. «Резилієнс», за визначенням ВООЗ, - це здатність відносно добре справлятися з важкими ситуаціями, особистий ресурсний потенціал людини, який може проявлятися також на рівні сім'ї, групи, громади.

Таблиця 1.1

Розлади психічних процесів та ознаки, за якими визначають необхідність надання ППД (О. Колесніченко, Я. Мацегора, І. Приходько)

Порушення психічних процесів	Ознаки
<i>Розлади когнітивної функції</i>	Нездатність зосередити увагу на важливих об'єктах, розсіяність, нездатність відвести увагу від стресора; порушення короткочасної пам'яті; нездатність до аналізу, синтезу, узагальнення, переносу відомого способу дій на нові обставини, порушення сприйняття дійсності, здатності приймати рішення.
<i>Розлади емоційного реагування</i>	Невідповідність за силою і адекватністю реагування на емоційні стимули (надмірна сила реагування, відсутність емоційного відгуку, емоційна лабільність/ригідність). Коливання настрою, роздратованість, «вибухове» реагування на зауваження, дріб'язкові причіпки до всього. Пригніченість, відсутність інтересу до світу. Специфічні вегетативні реакції: прискорення/уповільнення пульсу, дихання, поверхневе часте дихання, затримання дихання, тремор, тик, надмірний/слабкий м'язовий тонус, зміна кольору шкіряних покривів (значні почервоніння, збліднення), значне розширення/звуження зіниць. Нездатність до вольового зусилля. Відчужений/«божевільний» погляд.
Дезорганізація	Неможливість виконувати складні координовані рухи через розлади дрібної моторики та великої амплітуди крупної моторики. Збільшення кількості помилкових дій. Нездатність сприймати дії оточуючих і координувати з ними свої дії. Ускладнене розуміння складних команд (планів дій), неможливість виконувати команди. Неможливість самовмотивуватися. Відчуття розбитості, слабкості/млявості/безладної активності.

Втрата здатності контролювати свою поведінку	Нездатність самостійно ставити та досягати навіть прості цілі. Значне уповільнення до повної відсутності дій чи, навпаки, велика кількість непогоджених, нескоординованих рухів. Нездатність до зв'язаного мовлення, відсутність мови. Занадто швидко/сповільнена мова. Словесні тиради, словесна агресивність. Нездатність виконувати власні команди.
Розлади адаптації до оточуючого світу	Нездатність виділяти суттєві стимули оточуючого середовища, нездатність будувати адекватне, довільне реагування на стимули середовища. Неадекватне сприйняття себе, своїх можливостей по відношенню до навколишніх умов.
Деморалізація	Зниження моральних критеріїв оцінки власної поведінки та вчинків. Розв'язність, вульгарність, цинізм, грубість, хамство. Нехтування будь-якими нормами етики та субординації, нормами гігієни. Неконтрольоване вживання алкоголю, наркотичних речовин.

Для ППД *характерні* [16, с. 51-52]:

- 1) короткотривалість;
- 2) невідкладність;
- 3) надання підтримки безпосередньо на місці виникнення гострого стану (або в безпосередній близькості від нього);
- 4) передбачуваність результатів допомоги;
- 5) заходи, спрямовані на досягнення конкретних результатів (захист від подальшого травмування, стабілізація психічного стану потерпілого, оцінка його нагальних потреб та проблем, практичне задоволення базових потреб (вода, їжа, сон), інформування щодо ситуації та стратегій поліпшення функціонування, допомога у встановленні зв'язку з близькими, членами родини чи спільнотами, що можуть надати підтримку, надання інформації щодо відповідних служб, які можуть бути корисними потерпілому тепер чи в майбутньому).

Під час надання ППД необхідно:

- знайти для розмови тихе місце, де ніщо не відволікатиме;
- поважати конфіденційність і не розголошувати повідомлені особисті відомості;

- бути поруч із людиною, але дотримуватися необхідної дистанції з урахуванням її віку, статі та культури (якщо потрібно обняти, то обов'язково спитати дозволу);

- показувати зацікавленість, наприклад, киваючи головою чи вимовляючи короткі підтверджувальні репліки;

- бути терплячим і спокійним;

- надавати фактичну інформацію, чесно говорити про свої знання: «Я не знаю, але спробую для вас дізнатися»;

- надавати інформацію зрозумілою мовою, простими словами; висловлювати співпереживання людям, які говорять вам про свої почуття,

- надати людині можливість помовчати.

Спілкування з людьми під час надання ППД повинно відповідати певним вимогам [16]:

1. Можливо, люди захочуть розповісти вам, що з ними трапилося. Вислухати чийсь розповідь – це вже велика підтримка. Однак важливо *не примушувати* людей розповідати про пережите. Деякі люди не хочуть говорити про те, що трапилося.

2. Пам'ятати і розуміти, що в цьому періоді людина дуже навіювана і кожне наше слово може викликати реакцію, як миттєву, так і відтерміновану.

3. Використовуємо принцип «Приєднання і ведення»: якщо постраждалий сидить, то особа, що надає допомогу, теж сидить, якщо людина, що переживає травматичну подію, знаходиться в русі – активна психомоторна реакція, то фахівець, приєднуючись, також знаходиться в русі, поступово сповільнюючи темп.

4. Фахівець повертає постраждалого в «тут і зараз».

5. Фрази-інтервенції, що вимовляються фахівцем, повинні бути чіткими, короткими, впевненими і нести посил: «Я з Вами, Ви не один...Я можу Вам допомогти».

6. Обов'язково представитися: «Я.. ім'я ... фахівець з надання допомоги в кризових ситуаціях ... Волонтер організації ... Я знаю як надавати допомогу в подібних ситуаціях».

7. Сфокусувати постраждалого насамперед на фізичних відчуттях. Наприклад: взяти його за руку і попросити потиснути вашу руку. Тим самим фахівець сприяє поверненню контролю постраждалому і активізує здатність до відчуття свого тіла.

8. Для встановлення ефективнішого контакту, використовуйте техніку «Трьох Так»: Задайте послідовно три простих питання, що відносяться до

фактів, на які постраждалий з великою часткою ймовірності дасть чітку відповідь.

9. За можливості зверніться із запитанням, що передбачає вибір, або проханням, яке постраждалий у змозі виконати. Наприклад: налити в склянку води для себе, вибрати що він хоче пити – чай або каву, розповісти куди він піде, як тільки відчує себе краще.

10. Уникайте конфронтації, підтримуйте будь-які позитивні зміни в поведінці постраждалого, заохочуючи словами і жестами.

11. Будьте поруч з людьми, але дотримуйтеся необхідної дистанції з урахуванням віку, статі, культури.

12. Покажіть своїм виглядом, що уважно слухаєте того, хто говорить, наприклад, киваючи головою або промовляючи короткі підтверджуючі репліки

13. Будьте терплячим і спокійним.

14. Надавайте фактичну інформацію, якщо вона у вас є. Чесно кажіть, що знаєте, а чого не знаєте: «Я не знаю, але намагатимусь для вас дізнатися»

15. Надавайте інформацію простими словами.

16. Пам'ятайте, що з постраждалими людьми необхідно спілкуватися, як із нормальними людьми, а не як із неповносправними чи пацієнтами. Необхідно підтримувати в них впевненість у тому, що їхній стан нормалізується.

17. Наприкінці зосередьтеся на досвіді людини в подоланні стресових ситуацій. Зверніться до її досвіду – як у минулому вона долала стреси, що саме допомагало їй впоратися.

18. Забезпечте постраждалого інформацією про можливі стани після травматичної події, місця і телефони фахівців, до яких він може звернутися в разі потреби.

Допомога людям із хронічними захворюваннями чи інвалідністю:

- допоможіть дістатися безпечного місця;
- допоможіть задовольнити базові потреби (наприклад: можливість поїсти, попити, отримати чисту воду, доглядати за собою, побудувати тимчасове житло із матеріалів, що надаються гуманітарними організаціями);
- розпитайте людину про її захворювання, чи приймає вона постійно якісь ліки. Спробуйте допомогти їй дістати ці ліки або отримати доступ до закладів охорони здоров'я, якщо вони є;
- залишайтеся поруч з людиною, а якщо вам треба піти, переконайтеся, що поруч є хтось, хто їй допоможе. Подумайте про можливість направити цю людину до організації з питань захисту або іншої служби підтримки, яка зможе надавати їй необхідну допомогу

довгостроково. Проінформуйте їх, як вони можуть отримати доступ до наявних послуг.

При наданні ППД *заборонено*:

- змушувати людину розповідати про те, що з нею відбулося;
- перебивати і квапити співрозмовника (наприклад, дивитися на годинник, говорити занадто швидко);
- торкатися до людини, якщо немає впевненості про те, чи прийнято це в її культурному середовищі;
- давати оцінки тому, що людина зробила або не зробила, або її емоціям;
- вигадувати того, чого не знаєте;
- використовувати занадто спеціальні терміни;
- давати помилкові обіцянки;
- переказувати співрозмовнику почуте від інших;
- розповідати про свої власні труднощі;
- думати і діяти так, немов зобов'язані вирішити за іншого всі його проблеми;
- позбавляти людину віри у власні сили і здатність самій подбати про себе;
- описувати людей, використовуючи негативні епітети [12, с 10].

Найпростіші прийоми ППД.

Нормалізації дихання. Зверніть увагу на глибоке дихання, на відчуття потоків повітря у ніздрях. (Можна виконувати вправи для нормалізації дихання разом із людиною, якій надаєте допомогу.)

Використовувати воду. Дайте постраждалому питної води (бажано не газованої і не кип'яченої). Запропонуйте випити склянку води маленькими ковтками (40 ковтків), при цьому слід подумки рахувати (після кожного ковтка). Кожного разу, ковтнувши воду, потерпілий має робити короткий вдих і довгий видих. Скажіть, що потрібно зосередитися на відчуттях.

Запропонуйте потерпілому занурити у воду долоні. Якщо дозволяють умови – нехай умиється, помие руки й ноги. Якщо ж такої можливості немає, можна змочити холодною водою хустинку, потримати її в руках, витерти чоло, обличчя.

Чай. Якщо є трав'яний чай, тобто те, що дає легкий заспокійливий ефект, то це можна застосовувати у разі надмірного збудження чи навпаки – завмирання.

ППД полягає у тому, щоб виявити людей, які потребують допомоги, зорієнтуватися в тому, які в них потреби, і допомогти задовольнити їх з дотриманням безпеки, захисту прав і гідності людей та етичних норм.

Допомогти людям емоційно опанувати проблеми:

- Допоможіть людям проаналізувати їхні нагальні потреби, самим визначити першочергові з них та задовольнити їх (наприклад, запропонуйте людині подумати, що їй потрібно просто зараз, а що можна відкласти на потім). Можливість вирішити хоча б частину питань дає людині почуття контролю над ситуацією і зміцнює її спроможність справитися з нею.

- Допоможіть людям згадати, хто їм слугує опорою в житті, наприклад, друзів або родичів, які здатні допомогти їм у складній ситуації.

- Дайте людям практичні поради із задоволення їхніх нагальних потреб (наприклад, поясніть, як зареєструватися, щоб отримати продовольчу або матеріальну допомогу).

- Попросіть людину згадати, як вона справлялася з важкими ситуаціями у минулому і запевніть її, що вона зможе впоратися і з цією ситуацією.

- Спитайте, що допомагає людині почуватися впевненіше і порадьте їй застосовувати позитивні стратегії опанування (копінгу) та уникати негативних.

Допомогти зорієнтуватися. У кризовому стані людина дезорієнтована, їй необхідно допомогти зорієнтуватися, повернутися в реальність, у стан «тут і тепер». Для цього потрібно:

- 1) дати чітку інформацію про ситуацію, місце і час;
- 2) чітко відповідати на всі запитання;
- 3) уважно, не перебиваючи, вислухати.

Слова і фрази мають відповідати конкретній ситуації. Можна обмежитися однією чи двома фразами, якщо після них стан стабілізувався.

– *Місце.* Нагадайте людині, де вона знаходиться.

– *Дата.* Нагадайте, яка зараз дата (день, час).

– *Безпека.* Скажіть, що зараз безпечно.

– *Відмінності.* Зверніть увагу, як те, що відбувається зараз, відрізняється від травмивної події.

– *Доречна дія* в конкретній ситуації. Якщо людині важко зорієнтуватися, можна запропонувати їй щось зробити. *Приклад.* Повернувшись із зони воєнного конфлікту, військовослужбовець серед ночі з криком зіскакує з ліжка. Сусід може сказати йому таке: «Зараз ми на полігоні (*місце*). Зараз ніч (*час*). Можна спокійно відпочивати (*безпека*). Обстрілу не буде, це не фронт (*відмінності*). Лягай, спи» (*доречна дія*).

Сприяти активізації ресурсів, щоб запустити механізми подолання негативних емоцій і станів. Це відновлює почуття самокомпетентності.

Самообійми. Запропонуйте людині міцно обняти себе так, щоб вона відчула межі свого тіла.

Вправа для самоблокування. Запропонуйте постраждалому покласти одну руку собі на серце, а іншу – на живіт і описати відчуття в цих місцях (спочатку в одному, а потім в іншому).

Поглажування серця. Попросіть людину помістити свої пальці над центром грудної клітки, на 2,5 см нижче від ключиці, й обережно перемістити їх прямо вниз на 10 см. Повторювати такий рух потрібно доти, поки не буде досягнуто відповідного терапевтичного ефекту. Рух схожий на ніжне погладжування kota.

П'ять відчуттів. Попросіть постраждалого назвати щось для кожного з п'яти відчуттів: те, що можна побачити, почути, понюхати, доторкнутися, покуштувати.

Сила тяжіння. Попросіть людину відчутти, як ноги доторкаються до підлоги, тіло – до стільця. Скажіть: «Відчуйте тиск від того, що ваше тіло доторкається до стільця».

Дотик. Попросіть у потерпілого дозволу покласти свою руку на його плече, руку чи коліно. Такий дотик може допомогти йому «заземлитися» і врегулювати свій стан. Якщо потрібно, станьте опорою для нього, нехай він зіпреться на вас.

Тиск. Натисніть своїми руками на коліна, ноги чи плечі потерпілого, щоб допомогти йому відчутти себе заземленим. Використайте свої ноги, щоб м'яко, але твердо натиснути на його ноги. Попередньо запитайте в нього дозволу.

Речі, що допомагають «заземленню», стабілізації стану

Тактильні об'єкти. Дайте людині предмет, який можна добре відчутти. Наприклад, терапевтичний пластилін, торбинку з насінням або квасолею, камінці, шишки чи інші природні матеріали, іграшку, м'яку ковдру. Скажіть, щоб він відчув цей предмет, пом'яв його в руках, зосередився на тому, що відчуває, та описав уголос свої відчуття.

Шматочки льоду. Дайте потерпілому шматочок льоду, попросіть його відчутти холод у долонях.

Заземлення за допомогою подушки чи ковдри. Запропонуйте покласти на коліна подушку чи ковдру і поплескати по ній долонями.

Набивна (м'яка) іграшка. М'яка іграшка асоціюється з утіхою, нехай потерпілий потримає її в руках.

Домашні тварини – найкращі психотерапевти. Якщо зазначені вище заходи не спрацьовують, то часто вдаються до лікування за допомогою собак – каністерапії. Інші домашні тварини (коти, коні) також можуть ефективно стабілізувати психофізичний стан тоді, коли інші прийоми не допомагають.

Закінчення надання ППД: те, коли і як припиняють надання допомоги, залежить від умов кризи, ролі психолога, потреб потерпілих та потреб і стану самого психолога. Психологу необхідно:

- тверезо оцінити потреби;
- пояснити, чому ви йдете, і, за можливості, познайомити людей з кимсь, хто може допомогти;
- якщо ви їх перенаправляли до певних служб, переконайтеся, що у них є відповідні контакти, і вони знають, чого чекати;
- незалежно від попереднього досвіду спілкування, ввічливо попрощайтеся, побажайте удачі.

РОЗДІЛ 2. ПРОТОКОЛИ НАДАННЯ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

2.1. Модель індивідуального кризисного втручання (Дж. С. Еверлі)

Дж. С. Еверлі (George S. Everly, Jr.) та Дж. М. Летінг (Jeffrey M. Lating) розробили модель надання першої психологічної допомоги – «RAPID PFA» [20].

Основу цієї моделі складають п'ять аспектів, призначених для пом'якшення гострого стресу та оцінювання необхідності подальшої психологічної допомоги:

- 1) співналаштування та активне слухання (Rapport and Reflective listening);
- 2) оцінювання потреб (Assessment of needs);
- 3) пріоритизація (Prioritization);
- 4) інтервенція (Intervention);
- 5) диспозиція (Disposition).

R – встановлення стосунків, налаштування та рефлексивне слухання. Немає однакових людей та однакових ситуацій, тому не варто бути самовпевненим та упередженим. У багатьох випадках люди самі скажуть про те, чого потребують, можуть підказати, як краще допомогти. Потрібні неупередженість, співчуття та присутність.

A – швидке оцінювання потреб: здатність швидко, майже одразу, визначити, хто страждає на гострий стрес, а хто – ні. Це не формальна діагностика, а розпізнавання тих, хто потребує допомоги, а хто перебуває в більш стабільному стані.

P – пріоритизація: визначення найнагальніших завдань.

I – втручання: що можна зробити зараз, щоб стабілізувати стан людини, пом'якшити гостре страждання. Що я можу зробити, щоб допомогти? Потрібно мати конкретні стратегії втручання. Що ми можемо сказати та зробити, щоб відкрити дорогу до зцілення?

D – диспозиція. Налагодивши стосунки та взаємозв'язок, щоб прояснити нагальні потреби, ми дослухаємось до людей, оцінюємо необхідність втручання, надаючи пріоритет тим, хто потребує невідкладної допомоги.

Стабілізувавши постраждалого, ми й надалі спостерігаємо, як поводить себе людина, чи здатна вона повернутися до звичного рівня функціонування, чи, може, ще чогось потребує.

На думку розробників, ППД не має бути одноразовим втручанням, допомога постраждалим передбачає тривале спостереження, догляд та залучення інших форм психосоціальної підтримки.

2.2. Протокол надання першої психологічної допомоги (Н. Агазаде)

Регіональний радник з профілактики та усунення стресу у Тихоокеанському та Азіатському регіоні при департаменті з питань безпеки ООН Н. Агазаде вказує, що перша психологічна допомога зазвичай має складатися з таких етапів:

- спостереження за ситуацією з її наступною оцінкою та обстеженням постраждалого;
- забезпечення доступу до постраждалого і налагодження довірчого контакту;
- забезпечення постраждалому безпеки і захист від будь-якої шкоди, включно аутоагресії;
- при необхідності – пошук можливостей надання невідкладної медичної допомоги;
- задоволення основних потреб;
- стабілізація емоційного стану постраждалих і зменшення дії зовнішніх стимулів;
- інформаційний обмін;
- надання допомоги у вирішенні практичних питань;
- налагодження зв'язків зі службами соціальної підтримки;
- проведення базового тренінгу копінг-стратегій;
- безперервний зв'язок зі службами підтримки і перенаправлення;
- збереження гідності постраждалого в умовах кризи.

2.3. Протокол надання першої психологічної допомоги (Б. Рафаель)

Б. Рафаель (B. Raphael) вказує, що перша психологічна допомога повинна включати чотири складові, підкреслюючи послідовність її проведення, науковець зазначає, що перші заходи повинні бути спрямованими на задоволення базових потреб людини. Наступні кроки містять різні рівні підтримки та перенаправлення в залежності від потреб [25]. Протокол ППД має містити такі заходи як:

- звернення до базових потреб (фізичний захист, досягнення почуття безпеки, задоволення фізіологічних потреб);

- звернення до психологічних потреб (втішання, емоційна підтримка, надання поведінкової підтримки, забезпечення емоційного вентильовання, поширення конструктивної поведінки);
- забезпечення соціальної підтримки (возз'єднання постраждалих з родинами, використання екстрених соціальних та суспільних підтримуючих зв'язків);
- сприяння продовженню надання допомоги (проведення сортування і перенаправлення осіб, які гостро потребують кваліфікованої допомоги, використання для підтримки постраждалих вже створених та ефективно існуючих соціальних мереж).

2.4. Протокол надання ППД в гострих стресових ситуаціях (О. Гершанов)

Міжнародний експерт по травмі, психотерапевт когнітивно-поведінкової терапії Олександр Гершанов [3] розглядаючи особливості надання кризової підтримки, пропонує таку послідовність дій при надання першої психологічної допомоги:

1. Заспокоїтися самому. Працювати тільки в достатньо стабільному емоційному стані.
2. Вкрай важливо не говорити про емоції.
3. Не говорити такі фрази: «Заспокойтеся», «Все буде добре», «Все пройде», «Життя налагодиться» тощо. Такого роду слова замість надії нададуть людині, якій ви допомагаєте, відчуття самотності. Вона вам не повірить і відчує, що ви її не розумієте, навіть якщо на словах погодиться з вами.
4. Сповільнити темп, щоб уповільнити реакції людини, якій надаємо допомогу. Говорити в більш повільному темпі, ніж зазвичай (набагато повільніше). Для людини, якій ми надаємо допомогу, зовнішній світ зруйнований, немає нічого стабільного. Необхідно бути реальними і дати відчуття опори, впевненості та стабільності.
5. Говорити чіткими короткими фразами. Можна підвищити голос. Почати можна з фрази «Подивися на мене. Ти бачиш мене?». Людина досліджує ефект тонального зору. Потрібно розширити цю тональність.
6. Встановити контакт і дати перше відчуття того, що є ще щось, крім пережитого жаху. Спочатку варто представитись. Не говорити, що ви є психологом. Психолог, психіатр, психотерапевт – ці слова краще не озвучувати: людина може почати додатково хвилюватися, що з нею щось не так.

7. Запитайте ім'я людини: «Як вас звати?».

8. Далі запитайте «Куди Ви йшли?», «Що Ви робили?», «Що збиралися робити, коли ... (завила сирена, почалися обстріли – назвіть ситуацію, про яку раніше вам розповідала людина)?». Гострий стрес може розірвати неперервність життя. Ці запитання з'єднують ситуації в одну ціль, повертають відчуття неперервності життя.

9. Повторюйте за людиною відповідь чітко і ясно. Додайте, якщо знаєте ситуацію, без емоцій та подробиць. Ми озвучуємо порядок до того, як відбулася ситуація, потім саму ситуацію і те, що відбулося після.

10. Потрібно включити мислення, повернути відчуття контролю та особистої значущості. Цей етап потребує вашої творчості. Можна, наприклад, попросити порахувати людей, міряти комусь тиск (якщо є можливість), подивитися номери будинків довкола. Приклад формулювання «Допоможіть, мені дуже потрібно дізнатися, які номери найближчих будинків – того і того, у мене поганий зір».

11. Нормалізація. Говоримо про реакції, які відчуває людина: «Перекажіть те, що Ви бачите та відчуваєте, наприклад: сльози, розгубленість, тривога, спустошення, сповільнення реакцій, агресія тощо» та пояснюємо, що це нормальні реакції на ненормальну ситуацію.

12. Шукаємо ресурси. Завершуємо розмову з людиною на пошуках власних внутрішніх ресурсів сили. Важливо, щоб людина згадала свої приклади, варіанти справлятися зі стресовою ситуацією. Будь-які можливості давати собі раду: комп'ютерні ігри, прогулянка з собакою, пробіжка, їжа – всі варіанти, крім алкоголю та наркотиків, можливі. Не наше завдання зараз оцінювати способи справлятися зі стресом. Найкращий спосіб пережити шоківі стресові ситуації – це відновлення контролю (за допомогою дій) і зв'язків з іншими людьми.

13. Ситуація, коли людина в ступорі. Якщо людина застигла та не реагує, застосовуйте голос (скажіть що-небудь впевнено та голосно), візуальні подразники (помахайте рукою перед очима). Можна спробувати дати в руки щось контрастне (якщо поряд є швидка допомога, можна у них взяти лід і дати в руки). Не потрібно бити по щоках.

2.5. Перша психологічна допомога. Покрокове керівництво для членів загону швидкого реагування Товариства Червоного Хреста України

У кризовій ситуації умови можуть швидко змінюватися. Ситуація на місці події часто відрізняється від попередньо отриманої інформації. Таким

чином, перш ніж пропонувати допомогу, важливо витратити деякий час – хоча б декілька хвилин – на те, щоб оцінити ситуацію.

1) Перевірте умови безпеки.

Якщо ви опинилися в кризовій ситуації раптово і не мали часу на підготовку, можна просто озирнутися навколо. Ці кілька хвилин дозволять вам зберегти спокій, не наражати себе на небезпеку та думати, перш ніж діяти. Якщо ви не впевнені, що перебувати в осередку кризи безпечно, залишайтеся за його межами та намагайтеся подбати про надання допомоги тим, хто її потребує.

2) Перевірте, чи є люди, які потребують екстреної медичної допомоги або особливої турботи та захисту.

Намагайтеся подбати про надання допомоги тим людям, які потребують особливої допомоги (діти, люди похилого віку, люди з інвалідністю тощо), або направте їх до пунктів надання допомоги.

3) Перевірте, чи є люди в стані стресу.

Проаналізуйте, чи є на місці люди, які переживають гострі реакції на стрес – агресивні, виглядають пригніченими, не в змозі пересуватися або знаходяться в шоці – кому необхідна ППД та як їм допомогти. Такої допомоги можуть потребувати не лише постраждали, але й супроводжуючі особи, які фізично (можливо, на перший погляд) не постраждали, а також свідки пригоди, наприклад, випадкові перехожі. Не залишайте людей із важкими стресовими реакціями наодинці, надайте ППД, будьте поруч доти, доки їхній стан не покращиться, або доки ви не зможете заручитися допомогою фахівців.

4) Встановіть контакт.

Назвіться – скажіть хто ви та які функції виконуєте. Скажіть, що ви тут, щоб допомогти, або що допомога скоро прибуде, що ви про це подбали.

5) Переконайтеся, що людина відчуває себе в безпеці.

Бесіду краще провести в безпечному місці, ізольованому.

6) Поінформуйте про конфіденційність.

7) Запитайте чим допомогти.

Хоча деякі потреби можуть бути очевидними, наприклад, в одязі, проте завжди запитуйте в постраждалих, що їм потрібно та які у них проблеми.

8) Запитайте людину, чи хоче вона поговорити про те, що їй довелося пережити, про її побоювання та почуття.

Уважно вислухайте її, намагайтеся заспокоїти, сказавши, що її реакції нормальні, та переконайтеся, що вона не буде знаходитись на самоті. Якщо вона не хоче говорити, просто залишайтеся поруч.

9) *Запитайте, чи є хтось, хто може подбати про неї, або хтось, із ким можна поговорити вдома.*

Загальні рекомендації при наданні першої психологічної допомоги:

1. Залишайтеся поруч.

Людина в кризовій ситуації тимчасово втрачає почуття безпеки та довіри. Раптово світ стає небезпечним, повним хаосу та взагалі місцем, де небезпечно перебувати. Волонтери та працівники ТЧХУ можуть допомогти відновити почуття впевненості та безпеки, залишаючись поруч, і не боятися тривожності постраждалих або вкрай емоційних реакцій.

2. Активне слухання.

Важливо уважно слухати постраждалих для того, щоб допомогти їм пережити важкий час. Обговорювання своєї історії часто допомагає людям зрозуміти та, врешті-решт, прийняти подію. На місці події може бути мало часу, але все ж важливо вислухати людину та залишитися поруч доти, доки, наприклад, постраждалим не займуться фахівці, як то медичні працівники.

3. Поважайте почуття іншого.

Поставтеся без упередження до того, що вам говорять, і прийміть інтерпретацію подій постраждалою людиною – визнайте та поважайте її почуття. Не намагайтеся виправити фактичну інформацію або сприйняття послідовності подій. Будьте готовими до лютих спалахів емоцій; постраждалий може навіть кричати або відмовлятися від допомоги. Важливо бачити не тільки безпосередню зовнішню поведінку, а й підтримувати контакт із постраждалим, якщо йому треба поговорити про те, що трапилося. На місці події це може означати, наприклад, що ви будете триматися трохи осторонь, але будете стежити за появою ознак того, що людині потрібна допомога.

4. Проявіть турботу та надайте практичну допомогу.

Якщо хтось перебуває в кризовій ситуації, дуже корисною є практична допомога: зв'язатися з кимсь, хто може побути з постраждалим; домовитися, щоб дітей забрали з дитячого садка або школи; відвезти людину додому або до пункту надання екстреної допомоги. Така практична допомога є засобом вираження турботи та співчуття. Виконуйте бажання постраждалого, але не беріть на себе більше відповідальності за ситуацію, ніж це здається доречним.

Перша допомога в разі дихальних розладів:

1. Ізолюйте постраждалого, попросіть оточуючих відступити назад.
2. Необхідно заспокоїти постраждалого, тому що хвилювання може ускладнити проблему дихання:
 - говоріть спокійно, не кричіть;

- встановіть фізичний контакт – візьміть його за руку, покладіть свою руку йому на плече або спину, тобто дайте йому можливість відчутти, що ви поруч, або покладіть руку постраждалого собі на зап'ястя, щоб він відчув ваш спокійний пульс. Це буде для нього сигналом «Я зараз поруч, ти не один».

Перша допомога в разі гіпервентиляції:

1. Якщо дихання постраждалого прискорене та є ознаки й симптоми травми, то необхідно терміново викликати «швидку допомогу», але якщо ви впевнені, що прискорене дихання викликано емоційним станом людини, наприклад, страхом, то необхідно надати першу психологічну допомогу.

2. Попросіть постраждалого розслабитися та дихати повільніше, ніж дихаєте ви самі.

3. Для подолання гіпервентиляції часто досить лише заспокоїти людину.

Перша допомога в разі стенокардії або інфаркту:

1. Постарайтеся заспокоїти та підбадьорити постраждалого. Це допоможе йому подолати відчуття неспокою та полегшить біль.

2. Аналогічна перша допомога в разі інсульту – інсульт може викликати в постраждалого занепокоєння та страх, спробуйте заспокоїти та підбадьорити постраждалого.

2.6. Протокол надання першої психологічної допомоги (І. Пінчук)

На основі аналізу досвіду роботи з постраждалими цивільним населенням внаслідок бойових дій на сході України, директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України І. Пінчук запропонувала такі алгоритми надання першої психологічної допомоги особам, які переживають стрес [5]:

- ненав'язливе надання практичної допомоги та підтримки;
- оцінку потреб і проблем;
- надання допомоги в задоволенні насущних потреб (наприклад, таких як їжа, вода, інформація);
- вміння вислуховувати людей, але не примушуючи їх говорити;
- вміння втішити і допомогти людині заспокоїтися;
- надання допомоги в отриманні інформації, встановленні зв'язку з відповідними службами та структурами соціальної підтримки;
- захист від подальшої шкоди.

І. Пінчук вказує, що при освоєнні алгоритму надання першої психологічної допомоги важливо розуміти, чим вона не є. Це не та допомога,

яку можуть надавати лише фахівці, це не професійна консультація. Перша психологічна допомога не передбачає детальне обговорення подій, які викликали стан дистресу, це не прохання до потерпілого проаналізувати, що з ним відбулося, і встановити точну хронологію і суть подій.

Першу психологічну допомогу можна надавати у будь-якому достатньо безпечному місці або в місцях надання допомоги постраждалим, зокрема у медичних закладах, притулках, таборах переселенців, школах, пунктах розподілу продуктів харчування або інших видів допомоги. В ідеалі необхідно намагатися надавати першу психологічну допомогу там, де за необхідності можна поговорити з людиною без перешкод з боку оточуючих. Існують етичні правила надання першої психологічної допомоги, які мають на увазі захист безпеки, гідності та прав людини.

Для надання першої психологічної допомоги необхідно: бути чесним і гідним довіри, поважати право людей самим приймати рішення, усвідомити і відкинути власні упередження та забобони, чітко дати людям зрозуміти, що навіть якщо вони відмовляться від допомоги зараз, то можуть звернутися за нею в майбутньому, дотримуватися конфіденційності й не допускати необгрунтованого поширення отриманих від людини анкетних даних, вести себе з урахуванням особливостей культури, віку і статі постраждалих.

2.7. Перша ментальна допомога в стресовій ситуації (М. Фархі)

Модель розроблена Др. Моше Фархі з академічного коледжу Тель-Хай, її реалізують Міністерство охорони здоров'я та сили безпеки (поліція, пожежники, швидка допомога та ін.) [3]:

Р – разом, обов'язково бути поряд. Під час травмуючої ситуації людина відчуває себе самотньою і безпомічною. Важливо повернути її до відчуття того, що «ми разом, ти не один».

І – ініціатива, підтримка ефективних дій. Наш перший порив – заспокоювати людину, яка страждає від тривоги. Цього не варто робити.

Замість цього слід спонукати до активних самостійних дій, щоб відновити в людини відчуття контролю.

З – запитання, які спонукають до роздумів. Канал спілкування з постраждалими від тривоги в час інциденту повинен бути ментальним, раціональним, ні в якому разі емоційним. Потрібні запитання, які вимагають активувати думки, а не емоції. Не варто говорити «Це нормально – бути наляканим, схвильованим». Варто говорити «Порахуй і скажи, скільки людей/машин/стілців зараз навколо тебе?» або «Де знаходиться найближче до тебе захищений простір?».

У – усвідомлення ситуації. Дуже важливо розповісти людині, яка постраждала, що було до ситуації і що було після пережитої ситуації. Важливо підкреслити: ця ситуація вже завершилася.

Найважливіше у поясненні – це дозволити людині розповідати історію знову і знову, від самого початку, до того, як усе почалося, коли все ще було добре, і до кінця – після того, як усе закінчилося і він повернувся додому. Йому буде складно говорити про початок і кінець події. Він повторюватиме знову і знову травмуючий трагічний момент і не зможе згадати події до і після. Ваша робота – допомогти йому. Задайте йому усвідомлені питання, щоб створити послідовну розповідь. Не ставте запитань про те, як він почувається! Просто про те, що і як це сталося. У хронологічному порядку.

Окремо слід оговорити протоколи ППД при травмах, у кризових ситуаціях в умовах війни.

2.8. Структура першої психологічної допомоги військовослужбовцю при негативних психічних реакціях та станах (О. Колесніченко, Я. Мацегора, І. Приходько)

Вітчизняними науковцями Національної академії Національної гвардії України (м. Харків) був запропонований системний підхід щодо надання першої психологічної допомоги з урахуванням особливостей службово-бойової діяльності. Зазначений підхід концентрує увагу на наданні ППД:

- безпосередньо на місці події (одразу при виникненні негативної симптоматики);
- у розташуванні підрозділу (протягом доби при збереженні негативної симптоматики);
- у місці тимчасової (постійної) дислокації у пункті (мобільному) психологічної допомоги (2-3 дні при збереженні негативної симптоматики) [13].

Безпосередньо на місці події (одразу при виникненні негативної симптоматики):

- 1) убезпечити об'єктивно та суб'єктивно;
- 2) оцінити психічний стан постраждалого, реалізувати дії, що припиняють його розгортання;
- 3) задовольнити першочергові фізіологічні потреби (дати попити, зігріти, накормити, дати можливість поспати тощо) та потребу в інформації, пов'язаної із забезпеченням безпеки;
- 4) емоційно, соціально підтримати (вислухати, за можливості покликати близького товариша);

- 5) передати контроль над собою самому постраждалому;
- 6) допомогти мобілізуватися, актуалізувати знання з психологічної самопомоги;
- 7) зберегти гідність постраждалого;
- 8) організувати подальшу допомогу (доповісти безпосередньому командирі про негативний психічний стан постраждалого; повідомити психолога; супроводити постраждалого до найближчого пункту психологічної допомоги чи медичної частини).

У розташуванні підрозділу (протягом доби при збереженні негативної симптоматики):

- 1) оцінити стан постраждалого (реакцію на надану на першому рівні допомоги);
- 2) рішення про зміни обсягу службового навантаження, забезпечення особистої безпеки постраждалого; можливе переміщення військовослужбовця (екстремальні умови – у місце постійної (тимчасової) дислокації в/ч);
- 3) організувати надання кваліфікованої психологічної (психіатричної) допомоги.

У місці тимчасової (постійної) дислокації у пункті (мобільному) психологічної допомоги (2-3 дні при збереженні негативної симптоматики):

- 1) психологічне консультування постраждалого з приводу наслідків переживання негативних психічних реакцій та станів, профілактика можливості їх повторного переживання, подальший моніторинг станів;
- 2) кваліфікована психологічна допомога при збереженні негативної симптоматики; визначення необхідності спрямування до закладів охорони здоров'я (в тому числі і заклади медико-психологічної реабілітації);
- 3) висновки і рекомендації командирі щодо можливого обсягу службового навантаження військовослужбовця, який пережив негативні психічні стани;
- 4) заповнення психологічної документації (картки психологічного супроводу);
- 5) узагальнення досвіду надання першої психологічної допомоги; аналіз недоліків професійної психологічної підготовки військовослужбовців до дій в екстремальних умовах;
- 6) навчити військовослужбовців і командирів розпізнавати негативні психічні реакції та стани, надавати першу психологічну допомогу.

Виділяють три основні наслідки надання першої психологічної допомоги:

1) повне відновлення, коли постраждалий здатен повністю відновити незалежне функціонування;

2) часткове відновлення, коли постраждалий повертає собі контроль над власною поведінкою, проте продовжує існувати з психологічними та поведінковими наслідками травми. Такі постраждалі для повного відновлення потребують в подальшому (можливе деяке відстрочування у часі) кваліфікованої допомоги (консультацій психолога, психіатра, невропатолога чи інших фахівців);

3) недостатнє (чи повністю відсутнє) відновлення, коли постраждалий нездатний контролювати свій стан та поведінку і потребує негайного направлення у заклади охорони здоров'я (шпиталь, спеціалізована клініка).

2.9. Протокол ЯАЛОМ. Перша психологічна допомога на полі бою

Результатом узагальнення ознак бойового стресу та стресових факторів бою стало розроблення ізраїльськими вченими спеціального протоколу надання ППД. Зазначений протокол активно використовується в армії Ізраїлю для припинення виникнення симптомів бойового стресу у військових безпосередньо в умовах воєнних дій і повернення у стрій бійців, які зазнали відповідного стресового впливу.

Стресові фактори бою:

- надзвичайні фізичні зусилля;
- погодні умови;
- очікування та невідомість;
- надмірний шум;
- сцени, складні для сприймання;
- загроза смерті;
- несподівані події.

Ознаки бойового стресу:

- відстороненість, відчуження;
- тремтіння, відлюдність;
- розгубленість та емоційне перевантаження;
- безпорадність.

Все це призводить до порушення дієспроможності.

1. *Встановіть контакт* (зоровий, слуховий, реагуючий).

«Поглянь на мене! Ти мене бачиш? Ти мене чуєш?

Мене звати Як звати тебе? Я потисну тобі руку – потисни мені її у відповідь! Ти в порядку?».

Цей етап важливий для зв'язку з реальністю.

2. Підкресліть прихильність.

«Я буду з тобою, ти не один. Ти молодець. Ти справляєшся».

Цей етап важливий для зменшення відчуття самотності та спроможності.

3. Запитайте про факти.

Короткі, засновані на фактах запитання: «Яке сьогодні число? Де ти стояв? Хто був тут із тобою? Хто твій командир? Куди ти йшла? Звідки? Що сталося?».

На цьому етапі ми допомагаємо активувати раціональність і знижуємо емоційний шквал.

4. Підтвердьте хронологію (відбулося, відбувається, відбудеться).

Чітко повторюйте, що відбулося, що відбувається і що потрібно зробити. Чітко і лише про дії.

«Ім'я... Ми були в будинку і в нас влучила ракета, вони все ще стріляють, ми повинні відповідати.

Ім'я...Ти йшла додому одна. Йшла до магазину по хліб. Поряд влучила ракета, обстріл продовжується, ми повинні подбати про безпеку».

Мета цього етапу – відновити життєву неперервність, зменшити плутанину подій.

5. Дайте завдання, впливове керівництво до негайних дій.

«Вставай. Ходімо. Візьми дитину за руку. Принеси собі води. Сховайся (лягай) тут. Візьми з собою зброю, сховайся біля вікна та стрілай у відповідь».

Не просить. Не виконуйте замість потерпілого.

Завдання цього етапу – повернути людині контроль над собою і ситуацією, відновити самоефективність.

Мова: під час інтервенції повинна бути наполеглива та чітка, але ні в якому разі не різка та агресивна. Уникайте емоційної та заспокійливої мови. [28].

РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ СТРЕСОВУ ПОДІЮ

3.1. Надання ППД особам з агресивною поведінкою

Агресія (від лат. *aggressio* – напад) – це фізична або словесна поведінка людини, спрямована на пошкодження або зруйнування.

Що робити?

- Максимально обмежте кількість оточуючих.
- Дайте потерпілому можливість «випустити пару» (виговоритися, розбити непотрібний предмет).
- Доручіть йому роботу, пов'язану з високим фізичним навантаженням.
- Демонструйте доброзичливість. Навіть якщо ви не згодні з потерпілим, не звинувачуйте його самого, а висловлюйтеся з приводу його дій. Інакше агресивна поведінка буде спрямована на вас.

• Якщо не надати допомогу розлюченій людині, це призведе до небезпечних наслідків: через зниження контролю за своїми діями, людина здійснюватиме необдумані вчинки, може завдати каліцтва собі та іншим.

Таблиця 3.1.

Агресивна поведінка	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки:	Перший рівень
Роздратування, невдоволення, гнів, які особа не здатна стримувати.	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії потрібно виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Агресія, не прив'язана до конкретного предмету, може бути перенесена на будь-кого чи будь-що, привід неважливий. Завдавання оточуючим ударів руками, ногами, використання будь-яких предметів для підвищення «руйнівної сили», неконтрольоване прагнення знищити вщент, нездатність зупинитися.	Спробуйте перервати агресію будь-якою нейтральною пропозицією активної дії.

Словесні образи, прискіпливість, лайка, пошук приводу, щоб виплеснути лють.	Використайте вправу «Захоплення»: просуньте свої руки під пахви потерпілого, пригорніть його до себе й злегка потягніть на себе (пояснюйте потерпілому, що ви робити, щоб ваші дії не сприйняли, як напад і привід до бійки).
М'язове напруження: пружинна хода, можливо незначний тремор рук, ніг від напруження, різкі рухи (нездатність робити плавні рухи), напружені м'язи обличчя. Мова різка, містить багато емоційних компонентів.	Демонструйте доброзичливість, не сперечайтесь, не звинувачуйте, навіть якщо ви не згодні з потерпілим – не давайте йому приводу для розгортання суперечки.
Підвищення кров'яного тиску: спочатку обличчя може почервоніти, а із загостренням стану – збліднути; набухання вен та артерій на шиї та руках.	Допоможіть постраждалому усвідомити свої почуття і тим самим оволодіти ними і собою. Зверніть його увагу на те, що він відчуває: «Ви злитеся, хочете розтрити все вщент. Давай разом подумаємо, як нам виходити з цієї ситуації...».
	<p>Коли напад люті взято під контроль, але зберігається збудження, то доцільно використати засоби релаксації, заспокійливе дихання (глибокий вдих у живіт і повільний видих), вправи на розтягування м'язів, які знімають напруження та відпочинок, якщо бурхлива реакція призвела до нервового виснаження. За можливості спілкуватися з батьками, якщо це дитина.</p> <p style="text-align: center;">Другий рівень</p> <p>Визначити небезпечність дій постраждалого для оточуючих і його самого. За потреби прийняти рішення щодо здійснення заходів ізоляції чи постійного нагляду аби не стався суїцид.</p>

	Третій рівень
	Навчання засобам контролю гніву.
	Навчання релаксаційним вправам та заспокійливому диханню як способам зниження напруження, збудження.
	Під час тривалого збереження підвищеного м'язового тону, збудження, які заважають засинанню – рекомендації із покращення засинання.

3.2. Надання ППД особам з ознаками ступору

Ступор – стан нечутливості, отупіння, нерухомості в людини, який виникає при психічних захворюваннях, отруєннях, травматичних ушкодженнях мозку та інше.

Як виглядає? Людина занурена у себе, слабо реагує або не реагує на зовнішні подразники. Вона може «застрягати» у дивних позах та зберігати їх тривалий час.

Що робити?

- Долоню вільної руки покладіть на груди потерпілого і керуйте його диханням.
- Людина, перебуваючи в ступорі, може чути і бачити. Тому необхідно будь-якими засобами досягти реакції потерпілого, вивести його із заціпеніння, наприклад, говорити йому на вухо тихо, повільно і чітко те, що може викликати сильні емоції (можна негативні).
- Постійно розмовляйте з людиною. Наполягайте на тому, щоб вона виконувала прості дії (стискала вашу долоню, кивала, згинала руки, відповідала на прості питання).
- Легкий масаж плечей, потилиці, стискання рук потерпілого.

Таблиця 3.2

Ступор	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Повне нервово виснаження, відсутність сил для контакту з навколишнім світом, байдужість.	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.

Різде зниження або повна відсутність довільних рухів та мови.	
Відсутність реакції на зовнішні (шум, світло, дотик) подразники (очі не фокусуються на об'єктах, немає реакції повороту голови на звуки, немає зміни міміки та емоційного відгуку на будь-які за змістом повідомлення).	Допоможіть постраждалому отримати доступ до власних внутрішніх ресурсів сили, підвищити тонус: помасажуйте потерпілому точки на чолі над очима, рівно посередині між лінією росту волосся і бровами, чітко над зіницями.
«Заціпеніння» у певній позі, стан повної нерухомості.	Намагайтесь будь-яким способом домогтись реакції від потерпілого. Людина в ступорі може чути і бачити, тому чітко, тихо, повільно говоріть їй те, що може викликати в неї сильні емоції (навіть якщо ці емоції негативні).
	Другий рівень
	Оцінити здатність постраждалого турбуватися про себе. Прийняти рішення щодо потреби у закріпленні особи, яка буде наглядати за ним.
	Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів щодо потреби ізоляції чи постійного нагляду психологічної або медичної допомоги
	Третій рівень
	Консультація з метою визначення психологічних особливостей, які стали підґрунтям для реагування на стресову ситуацію ступором (особливості структури ціннісно-мотиваційної сфери, які знижують здатність перерозподіляти психічну енергію, залучати психологічні ресурси із зовні).

	<p>Консультація щодо здатності використовувати додаткові психологічні ресурси в екстремальних умовах (самотивація, самонавіювання, приєднання мети діяльності, яка здійснюється, до більш важливої цілі (надання додаткового сенсу), масаж біологічно активних точок, покращення фізичної форми (фізичної витривалості за допомогою кардіовправ та вправ на координацію) – можливі внутрішні ресурси. Порадити батькам/близьким щодо покращення стосунків (уважного ставлення) в родині – (зовнішній ресурс). Навчання вправам, що суб'єктивно знижують гостроту переживання небезпеки, наприклад, «Безпечне місце».</p>
	<p>Консультація з метою визначення психологічних особливостей, які стали підґрунтям для реагування на стресову ситуацію ступором (особливості структури ціннісно-мотиваційної сфери, які знижують здатність перерозподіляти психічну енергію, залучати психологічні ресурси із зовні тощо).</p>

3.3 Надання ППД особам з ознаками апатії

Апатія (байдужість) – хворобливий стан, байдуже ставленням до навколишнього, зникнення зовнішніх проявів емоційних реакцій.

Як виглядає? Людина занурена у себе, слабо реагує або не реагує на зовнішні подразники.

Що робити?

- Постійно тримати в полі зору, щоб він не заподіяв собі шкоди.
- Намагатись привернути увагу і змусити взаємодіяти з вами.
- Ставити прості питання: «Як тебе звати?», «Хочеш їсти?».
- Відвести від місця події, допомогти зручно влаштуватися.

- Утримувати фізичний контакт.
- Якщо немає можливості відпочити (подія на вулиці, в громадському транспорті), то більше розмовляйте з потерпілим, залучайте його до будь-якої спільної діяльності.

Таблиця 3.3

Апатія	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Байдуже ставлення до оточення.	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Рухи мляві, загальмовані.	
Мова уповільнена із паузами.	Проведіть потерпілого до місця відпочинку, допоможіть зручно влаштуватися (за можливістю знявши взуття). Дайте потерпілому поспати або просто полежати. Напоїть постраждалого солодким чаєм, дайте шоколад (енергетичні батончики тощо), іншу їжу, яка дозволяє відновити сили.
	Другий рівень
	Оцінити здатність постраждалого турбуватися про себе. Прийняти рішення щодо потреби у закріпленні особи, яка буде наглядати за постраждалим.
	За потреби прийняти рішення про додаткове харчове забезпечення, що містить глюкозу.
	Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.
	Третій рівень
	Консультація з метою визначення психологічних особливостей, які стали

	<p>підґрунтям для подібного реагування на стресову ситуацію (особливості структури ціннісної, мотиваційної сфери, які не дозволяють перерозподіляти психічну енергію, залучати психологічні ресурси із зовні тощо). За потреби направити на позачерговий огляд лікаря-психіатра.</p>
	<p>Консультація щодо здатності використовувати додаткові психологічні ресурси в екстремальних умовах (самотивація, самонавіювання), приєднання мети діяльності, що здійснюється, до більш важливої цілі (надання додаткового сенсу), масаж біологічно активних точок, покращення фізичної форми (фізичної витривалості за допомогою фізичних вправ та вправ на координацію) – можливі внутрішні ресурси; порада щодо покращення стосунків в родині(уважного ставлення) – можливі зовнішні ресурси.</p>
	<p>Навчання заходам тайм-менеджменту – здатності правильно планувати час, організовувати свою діяльність як профілактика фізичного і нервового виснаження.</p>

3.4 Надання ППД особам з ознаками рухового збудження, дезорієнтації

Як виглядає? Людина знаходиться у стані крайнього збудження, постійно рухається, може поводитись агресивно.

Що робити?

- Ізолюйте потерпілого від оточення.
- Говоріть спокійним голосом про почуття, які він переживає («Тобі хочеться, щоб це припинилося? Ти хочеш втекти, сховатися від того, що відбувається?»)

- Не сперечайтесь з потерпілим, не ставте запитань, у розмові уникайте фраз з часткою «не» («Не біжи», «Не вимахуй руками», «Не кричи»).
- Пам'ятайте, що потерпілий може завдати шкоди собі та іншим.
- Рухове збудження зазвичай триває недовго і може змінитися нервовим тремтінням, плачем, а також агресивною поведінкою.

Таблиця 3.4

Рухове збудження, дезорієнтація	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Втрата орієнтації в навколишньому світі (нерозуміння, що відбувається, де свої, а де вороги, де небезпека, а де порятунок).	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати із урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Відсутність реагування на соціальне оточення (не реагує на зауваження, прохання, вмовляння, накази).	Дати можливість «випустити пару» (наприклад, поколотити «грушу», пробігти певну дистанцію в максимальному ритмі).
Різкі, безцільні, безглузді рухи	Прибрати зайвих «глядачів», оточуючих людей, які своїми діями можуть спровокувати перехід рухового збудження в агресивну поведінку чи у подальшому актуалізувати у постраждалого почуття сорому (і стати підґрунтям для розвитку посттравматичних стресових реакцій). Не сперечатися, не ставити запитань, не надавати команд, які починаються з «не», наприклад: «Не біжи», «Не розмахуй руками», «Не кричи», оскільки це ще більше дезорганізує постраждалого: свідомість спочатку сприймає назву дії, а потім її заперечення, вказівку на потребу утриматися від неї (це гальмівна функція волі), а при руховому збудженні воля не виконує гальмівної функції, тому команди з «не» лише погіршують стан постраждалого.

<p>Ненормальна голосова та мовна активність (голос високий, говорить швидко, безглуздо).</p>	<p>Допомогти постраждалому усвідомити свої почуття і тим самим оволодіти ними і через них собою. Вкажіть йому на те, що він відчуває, спокійним голосом: «Ти відчуваєш потребу щось робити, щоб все це закінчилося/Ти хочеш сховатися від того, що відбувається...».</p>
	<p>Помасажуйте постраждалому «позитивні» точки для покращення психічного стану.</p> <p>Після відновлення здатності орієнтуватися в ситуації за збереження високої фізичної активності запропонувати постраждалому роботу з фізичним навантаженням.</p>
	<p>Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим.</p> <p>Прийняти рішення щодо здійснення заходів щодо потреби в ізоляції чи постійного нагляду, психологічної або медичної допомоги.</p>
	<p>Другий рівень</p>
	<p>Оцінити здатність постраждалого орієнтуватися в ситуації, контролювати свою поведінку.</p> <p>Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим.</p> <p>Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.</p>
	<p>Третій рівень</p>
	<p>Консультація з метою визначення психологічних особливостей, які стали підґрунтям для реагування на стресову ситуацію руховим збудженням (особливості структури мотиваційно-</p>

	вольової сфери, які стали підґрунтям втрати доцільності поведінки). За потреби направити на огляд лікаря-психіатра.
	Консультація щодо формування потрібних вольових якостей, здатності до саморегуляції. Навчання вправам, що суб'єктивно знижують гостроту переживання небезпеки, наприклад, «Безпечне місце».

3.5. Надання ППД особам з ознаками страху

Страх – емоційний стан, що обумовлений загрозою реального або передбачуваного лиха.

Що робити?

- Покладіть руку потерпілого собі на зап'ястя для відчуття вашого спокійного пульсу, що є сигналом: «Я зараз поруч, ти не один!». Також можна постійно підтримувати фізичний контакт із людиною.
- Підтримка зорового контакту.
- Пояснення потерпілому чіткого плану дій: «Ми будемо робити наступне», «Ми знаємо, що робити, не хвилюйтесь».
- Дихайте глибоко і рівно, спонукайте потерпілого дихати в одному з вами ритмі.
- Якщо потерпілий говорить, слухайте його, виявляйте зацікавленість, розуміння, співчуття.
- Легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла.

Таблиця 3.5.

Страх	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Захоплення уваги об'єктом, що викликає страх, нездатність самостійно «відволіктися» від нього («не бачить» інших стимулів, стає «неуважним», робить помилки, діє не зовсім адекватно до ситуації).	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.

	Зробіть припущення щодо стимулів (об'єктів), які найбільш пов'язані з виникненням реакції страху. Спробуйте прибрати їх з поля уваги (з поля зору, слуху тощо).
Сильне серцебиття, збліднення, поверхнєве дихання.	Допоможіть постраждалому оволодіти собою: покладіть його руку собі на руку (ви маєте бути спокійним), щоб він відчував ваше спокійне дихання. Спонукайте його дихати з вами в одному ритмі. Керуйте процесом: «Вдих... видих... вдих... видих». Дихайте глибоко і рівно. Можете використати дихальну вправу для заспокоєння (вдихайте глибоко в живіт і повільно видихайте). Дайте попити холодної води (нехай п'є дрібними ковтками) чи дайте посмоктати м'ятну цукерку (сам процес ковтання, смоктання заспокоює, відволікає увагу від зовнішніх об'єктів).
Сильне напруження м'язів (особливо тих, що відповідають за згинання рук), яке заважає робити координовані, плавні рухи (рухи «ривками»).	Якщо постраждалий говорить, то слухайте його, проявляйте зацікавленість, співчуття, розуміння, терплячість.
Знижений контроль власної поведінки. Можливе намагання втекти з місця небезпеки.	Відволікайте його від ситуації, яка викликає реакцію страху, задавайте питання чи просіть зробити щось, що приверне його увагу (перелічити речі в приміщенні, пограти в ігри на телефоні тощо).
	Розімніть найбільш напружені м'язи плечей, передпліччя, шиї, потилиці (обов'язково запитавши дозволу).
	Запропонуйте вправу «Безпечне місце». Спробуйте мобілізувати власні ресурси постраждалого для подолання страху, актуалізуючи важливі для нього мотиви.

	Другий рівень
	Оцінити здатність постраждалого адекватно оцінювати ситуацію, контролювати свою поведінку.
	Навчити вправам, що суб'єктивно знижують гостроту переживання небезпеки, наприклад, «Безпечне місце».
	Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.
	Третій рівень
	Консультація з метою визначення психологічних особливостей, які стали підґрунтям для реагування на стресову ситуацію страхом (особливості емоційно-вольової сфери).
	Консультація щодо формування здатності до саморегуляції психічних станів, посилення смислової регуляції діяльності.
	Навчання вправам, що суб'єктивно знижують гостроту переживання небезпеки, наприклад, «Безпечне місце». Порекомендувати заняття спортом чи фізичними вправами.

3.6. Надання ППД особам з ознаками паніки

Паніка – несвідомий, нестримний страх, викликаний дійсною чи уявною небезпекою, що охоплює людину чи багатьох людей; неконтрольоване прагнення уникнути небезпечної ситуації.

Що робити?

- зрозумійте причини тривоги, паніки й агорафобії;
- визначте ситуації, яких ви уникаєте чи боїтеся;
- оцініть природу конкретних симптомів, їх частоту і важкість, а також обставини, за яких виникає паніка;

• з'ясуйте чи є у людини супутні фактори (депресія, інші тривожні стани, вживання психоактивних речовин тощо).

Таблиця 3.6.

Паніка	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Переживання інтенсивної тривоги, що не прив'язана до певного об'єкту.	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації. Зупиніть постраждалого, якщо він намагається втікати, посадіть його, забезпечте доступ кисню (розстібніть гудзики на комірці, розступитесь), дайте попити.
Сильне серцебиття, яке виникло неочікувано.	
Біль у грудях (ніби болить серце).	
Відчуття задухи, комок в горлі.	Допоможіть постраждалому пережити цю тяжку реакцію. Надаючи допомогу під час панічної атаки, потрібно пояснити постраждалому, що від панічних атак не помирають (це не серцевий напад), вона сама минеться через кілька хвилин, треба зачекати та намагатися заспокоїтися. Говоріть спокійним голосом, використовуйте навіювання: «Все добре», «Все під контролем».
Головокружіння.	
Тремор.	
Озноб чи навпаки відчуття приливу крові.	
Відчуття нереальності того, що відбувається.	
Втрата відчуття власної особистості (хто я?).	Допомагаючи постраждалому, проявляйте повагу до нього, співчуття, адже панічна атака – це фізіологічний стан, який не пов'язаний із сміливістю чи боязкістю, хоча і виникає на фоні сильних емоційних переживань.
Можливо нудота, неприємні відчуття з боку шлунку.	
Виражений страх смерті, страх втратити самоконтроль чи збожеволіти.	Допоможіть постраждалому взяти під контроль його дихання. Керуйте: «Вдих...видих».
Прагнення втекти з цього місця.	Можна дати постраждалому паперовий пакет для того, щоб дихаючи в нього, він візуально міг контролювати процес

	<p>дихання – бачив за рухами пакету, як швидко і неспокійно він дихає.</p>
	<p>Допоможіть постраждалому переключити свою увагу з тілесних відчуттів на сприйняття навколишнього світу – запропонуйте йому описати те, що він бачить навколо.</p> <p>Створіть умови, за яких постраждалий зможе розслабитися, використайте релаксаційні техніки, вправи на розтягування усіх груп м'язів (арка, дуга Лоуена – прогинання спини назад), дайте відпочити.</p>
	<p>Панічні атаки можуть повторюватися протягом місяця. За можливістю потрібно відстежувати, які саме переживання, ситуації їх запускають.</p>
	<p>Другий рівень</p>
	<p>Оцінити здатність постраждалого контролювати свою поведінку за наявних умов.</p>
	<p>Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим.</p> <p>Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.</p>
	<p>Третій рівень</p>
	<p>Враховуючи стан постраждалого, допомогти освоїти психологічні засоби саморегуляції психічного стану: засоби оволодіння диханням, релаксації та підібрати найефективніші для нього.</p>
	<p>Якщо вдається визначити, які саме переживання запускають панічну атаку – допомогти виробити адекватне ставлення до ситуацій, які провокують ці переживання, наприклад, навчити</p>

	вправам, що суб'єктивно знижують гостроту переживання небезпеки («Безпечне місце»).
	Якщо інформація про пережиті постраждалим панічні атаки поширилась, допомогти впоратися з переживанням сорому, провини тощо.

3.7. Надання ППД особам з ознаками нервового тремтіння

Після екстремальної ситуації часто з'являється неконтрольоване нервове тремтіння (людина не може за власним бажанням припинити цю реакцію). Так організм «скидає напругу». Якщо цю реакцію зупинити, то напруга залишиться у тілі та викличе м'язові болі, а надалі може спричинити розвиток серйозних захворювань: гіпертонію, виразку тощо.

Таблиця 3.7.

Нервове тремтіння	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Сильне тремтіння, яке виникає раптово після якогось інциденту.	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Постраждалий самотужки (за власною волею, бажанням) не може припинити цю реакцію.	Нервове тремтіння – це стан, допомога під час якого полягає не у перериванні, а у прискоренні процесу. Потрібно посилити тремтіння. Для цього постраждалого беруть за плечі й сильно, різко трусять протягом 10-15 секунд. Протягом процедури чи перед нею потрібно пояснити постраждалому свої наміри та дії, щоб він не сприйняв їх як напад.
Сильне тремтіння всього тіла або окремих частин (не може втримати в руках дрібні предмети, запалити сірник).	Після завершення реакції потрібно постраждалому дати відпочити, вкласти його спати. Якщо є м'язові болі, то промасажувати м'язи. Оскільки ця реакція є наслідком
Реакція триває довго (декілька годин), потім настає втома, виснаження.	

	<p>нереалізованої енергії, яку організм мобілізував для дії в екстремальній ситуації, і полегшення настане тільки тоді, коли цю енергію вдасться скинути, то недопустимим є вчиняти дій, які загальмовують процес скидання цієї енергії, призупиняють тремтіння (укривати, обіймати, заспокоювати, просити, щоб він взяв себе в руки). Такі дії викличуть м'язові болі, підвищення тиску тощо.</p>
	<p>Другий рівень</p>
	<p>Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.</p>
	<p>Третій рівень</p>
	<p>Якщо для постраждалого є певні проблеми з підвищеним тонусом м'язів, підвищеним збудженням – підвищений тонус, складності із засинанням, роздратованість – допомогти освоїти релаксаційні техніки, вправи на розтягування м'язів (щоб позбавитися м'язового болю), вправи, які покращують засинання. Поясніть потребу для нього у фізичному відреагуванні стресових подій (використання фізичних вправ).</p>

3.8. Надання ППД особам з ознаками галюцинацій та марення

Травмівна ситуація може призвести до сильного нервового напруження, порушити рівновагу організму, негативно вплинути на здоров'я – не лише на фізичне, але й на психічне. Це може спровокувати чи загострити вже наявні психічні захворювання.

Маячня – сукупність різноманітних уявлень, ідей, суджень та умовиводів, що не відповідають дійсності, у помилковості яких потерпілого неможливо переконати. Інколи маячня супроводжується страхом, тривогою, відчуттям небезпеки.

Галюцинації – мимовільне сприйняття (зорове, слухове, смакове, дотичне, нюхове) неіснуючих об'єктів, які особистість вважає реальними. Галюцинації спостерігаються не лише у разі психічних захворювань, а й при отруєннях, психічних травмах, сильних душевних потрясіннях, тривалих очікуваннях тощо.

Не потрібно: переконувати потерпілого в хибності уявлень. У такій ситуації це зробити неможливо.

Таблиця 3.8.

Галюцинаторні переживання та марення	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Втрата адекватності оцінки зовнішньої обстановки і здатності орієнтуватися в ній, адекватно реагувати на ситуацію.	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.
	Ізолювати постраждалого. Не залишати його самого, слідкувати, щоб він не нашкодив собі та оточуючим.
Потерпілий переживає відчуття присутності уявних об'єктів, яких немає в реальності.	Проявіть терпіння і турботу. Галюцинації можуть бути ознакою загострення під дією стресу прихованого психічного захворювання, інтоксикації – не обов'язково алкогольної чи наркотичної, травмувань головного мозку тощо.
	Говоріть із постраждалим спокійним голосом, погоджуйтесь з ним, не намагайтесь його переконати (це неможливо).
	Викликати медичного працівника.
Робить хибні висновки, в помилковості яких його не можна переконати.	Другий рівень
	Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.
	Третій рівень
	Обов'язково порадити батькам/близьким особам звернутися до лікаря-психіатра. Враховуючи призначене медичне лікування і рекомендації лікаря, за потреби надати допомогу у відновленні самооцінки постраждалого.

	Якщо є потреба, то допомогти пережити почуття сорому, провини тощо, щоб вони не обтяжували протікання основного захворювання. Якщо проблема була пов'язана з вживанням алкоголю, провести заходи з профілактики адиктивної поведінки.
--	---

3.9. Надання ППД особам з ознаками плачу

Що робити?

- Не залишайте потерпілого наодинці.
- Встановіть фізичний контакт з потерпілим (візьміть за руку, покладіть руку йому на плече або спину, погладьте по голові), дайте відчуття, що ви поруч.
- Застосовуйте прийоми «активного слухання»: періодично вимовляйте «ага», «так», кивайте головою, підтверджуйте, що слухаєте і співчуваєте; повторюйте за потерпілим уривки фраз, в яких він висловлює свої почуття.
- Не намагайтеся заспокоїти потерпілого. Дайте йому можливість виплакати і виговоритися, «виплеснути» із себе горе, страх, образи.
- Не ставте запитань, не давайте порад. Ваше завдання – вислухати.
- Запропонуйте людині води.

Таблиця 3.9.

Плач	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Людина плаче або готова розридатися.	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Тремтять губи.	
Пригніченість.	
Немає порушень адаптації та поведінки як при істеричі.	Не залишайте постраждалого наодинці. Установіть з ним фізичний контакт (покладіть руку на плече або спину, погладьте). Дайте йому відчуття, що ви поруч. Сльози є реакцією, що пов'язана з фізіологічними процесами: виділення заспокійливої речовини в організмі, тому не потрібно переривати плач, м'яко

	розмовляйте з постраждалим, погладжуйте його – робіть усе, щоб підтримувати рівний помірний рівень плачу, щоб постраждалий міг виплакати та виговоритися, «виплеснути ззовні» своє горе, образу, страх, але щоб ця реакція не перейшла в істерику. Не потрібно ставити запитань, давати порад – не робіть дій, які можуть підсилити чи припинити реакцію помірного плачу. Просто вислухайте і емоційно підтримайте.
	Другий рівень
	Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.
	Третій рівень
	За потреби проконсультуйте постраждалого з приводу освоєння заходів саморегуляції психічних станів. Якщо є потреба, проконсультуйте з приводу відновлення позитивної самооцінки, переживання сорому чи провини, щоб їх переживання не стало сприятливим підґрунтям для розвитку ПТСР.

3.10. Надання ППД особам з ознаками істерики

Істерика – демонстративна поведінка, що виражає активний протест, власні страждання та неможливість адекватної реакції

Як виглядає? Потерпілий кричить, робить слабоконтрольовані рухи, може впасти на землю або спричинити собі шкоди, розбити голову або долоні.

Що робити?

- Видаліть глядачів, створіть спокійну обстановку. Залишіться з людиною наодинці, якщо це не небезпечно для вас.
- Несподівано зробіть дещо, що може сильно здивувати (плеснути в обличчя водою, з гуркотом впустити предмет, різко крикнути).
- Говоріть з людиною короткими фразами, впевненим тоном («Випий води», «Вмивайся»).

- Після істерики настає знесилення. Вкладіть людину (за можливості) у ліжку. До прибуття фахівця спостерігайте за її станом. Не потурайте бажанням людини.

- При загрозі здоров'ю потерпілого можлива фіксація голови та самого потерпілого заради його безпеки.

- Не кидайтеся обіймати людину. Візьміть її за руку або покладіть свою руку їй на плече. Якщо побачите, що це людині неприємно, уникайте тілесного контакту.

- Не розпитуйте людину про подробиці того, що сталося. Ні в якому разі не звинувачуйте її в тому, що сталося.

- Дайте людині зрозуміти, що він може розраховувати на вашу підтримку.

- Якщо людина починає розповідати про те, що сталося, спонукайте говорити не про конкретні деталі, а про емоції, пов'язані з подією. Домагайтеся, щоб вона говорила: «Це не моя провина, винен насильник»; «Було зроблено усе можливе в таких обставинах».

- Спробуйте дізнатись про наявність тілесних ушкоджень, при можливості, надайте першу медичну допомогу.

Таблиця 3.10.

Істерика	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Свідомість (адекватність сприйняття дійсності) зберігається, хоча увага постраждалого прикута до його потреб, відчуттів, переживань, до власного «Я».	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Надмірна рухливість, безліч рухів, театральні пози. Мова емоційно насичена, швидка, в змісті мови часто звучить тема власних потреб, їх фрустрації, несправедливості світу: «Я хотів...», «Мені потрібно...», «Всім байдуже до мене...», «Чому це зі мною сталося...»	Допоможіть постраждалому оволодіти собою: приберіть сторонніх, створіть спокійну обстановку. Залишайтеся з постраждалим наодинці (якщо це безпечно для вас). Зненацька зробіть якусь дію, яка здивує постраждалого (переключить його увагу зі своїх переживань на зовнішній світ). Говоріть з постраждалим короткими фразами, впевненим тоном, змусьте його почати самотійнодіяти: «Випий

	<p>води», «Вмийся».</p> <p>Не потурайте бажанням потерпілого, будьте з ним строгим та стриманим (без надмірної суворості та зневаги).</p> <p>Оцініть вірогідність вчинення постраждалим демонстративного суїциду (наприклад, наявність фраз на кшталт: «Коли я помру, ви усі пошкодуєте», «Я не хочу більше так жити...»), демонстрація імітації різання вен, прагнення демонстративно усамітнитися, демонстрація наявності пігулок тощо).</p>
Можливе ридання, схлипування.	<p>Після істеричного випадку настає виснаження.</p> <p>Укладіть потерпілого спати. Намагайтесь не залишати його наодинці.</p>
	<p style="text-align: center;">Другий рівень</p> <p>Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим.</p> <p>Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги (є можливість вчинення демонстративного суїциду).</p> <p>При неможливості швидко організувати консультацію психолога і наявності ознак суїцидальної поведінки, провести профілактичну бесіду для зниження суїцидального ризику.</p>
	<p style="text-align: center;">Третій рівень</p> <p>Консультація з приводу визначення психологічних особливостей, які стали підґрунтям для реагування на стресову ситуацію істерикою</p>

	(егоїстична спрямованість, акцентуації характеру, недостатньо сформована смислова сфера регуляції). За потреби поради звернутися до лікаря-психіатра.
	Оцініть вірогідність вчинення постраждалим демонстративного суїциду, за потреби проведіть профілактичну роботу.
	Консультація з приводу зниження егоїстичної мотивації, формування смислових рівнів саморегуляції та вольових рис.
	Моніторинг стану щодо можливості набуття у подальшому ознак ПТСР.

3.11. Надання ППД особі з ознаками горя (гострої реакції на загибель близької людини, психогенний шок)

Горе – це глибоке почуття суму і болю, спричинене важливою втратою, змінами, кризою чи невдачею як реальними, так і абстрактними.

Втрата – означає розрив зв'язку, якій ви сформували з важливою для вас людиною, місцем, річчю або ідеєю (включаючи вірування).

Скорбота – це процес визнання втрати, переживання горя і прийняття рішення зробити втрату частиною свого життя.

Типові симптоми горя (прояви): порушення сну; анорексія чи втрата ваги; дратівливість; проблеми з концентрацією уваги; втрата інтересу до новин, роботи, друзів, церкви тощо; пригніченість; апатія і відчуження; намагання усамітнитись; плач; самозвинувачення; суїцидальні думки; соматичні симптоми; втома.

Для кращого розуміння стану людини, що перебуває у скорботі, виокремлюють такі комплекси симптомів горя, з якими можна працювати:

- емоційний комплекс – печаль, гнів, тривога, безпорадність, безнадійність, байдужість, жаль, провина, тривога, агонія, сором, депресія;
- когнітивний комплекс – нав'язливі думки, забудькуватість, труднощі з концентрацією, зневіра, відчуття присутності померлого, складнощі з прийняттям рішень;

- поведінковий комплекс – порушення сну; безглузда, нераціональна поведінка; уникнення місць, пов'язаних із померлим; гіперактивність в роботі або іншій діяльності як спосіб приглушення болю; відхід від соціальних контактів; втрата інтересів; надмірна залежність від когось; алкоголізація як спроба встановлення комфорту; відмова насолоджуватись чимось веселим, приємним;

- можливі комплекси фізичних відчуттів: плач, тремтіння, відчуття неприємності; проблеми з травленням; постійна сонливість, безсоння або нічні кошмари; зміна у вазі (зниження або набирання ваги); ослаблена імунна система.

Реакція горя.

1 фаза: Гостре горе (шок), від кількох годин до 5-7 днів (іноді до 2 тижнів).

- шок і заціпеніння (від декількох секунд до декількох тижнів);
- відчуття нереальності;
- оніміння і нечутливість;
- малорухомість або метушлива активність;
- переривчасте дихання (сповільнене або навпаки швидке);
- втрата апетиту;
- безсоння.

Це абсолютно нормальні реакції на подію. Не треба їх лякатися і намагатися «лікувати». Багато хто не може витримати «істерику» матері або друга загиблого і відразу біжать за заспокійливим.

Основне завдання цієї першої фази: визнати, зрозуміти реальність смерті (ще не вийде прийняти).

Картина гострого горя схожа у різних людей. При нормальному перебігу горювання характерні періодичні напади фізичного страждання, спазми в горлі, напади задухи з прискореним диханням, постійна потреба зітхнути, відчуття порожнечі в животі, втрата м'язової сили та інтенсивне суб'єктивне страждання, що описується як напруга або душевний біль, поглинання образом померлого.

Прояви першої фази реакції втрати:

- «Я не можу повірити ...»/заперечення реальності;
- відчуття дереалізації/деперсоналізації (це не по-справжньому, не зі мною);
- вихор почуттів: паніка, біль, відчай, туга, злість;
- або ж відсутність почуттів – заціпенілість, відчуженість, що грає функцію психологічного буфера;

- соматичні відчуття: стиснуло в горлі, неможливість вдихнути, запаморочення;
- дезорганізація поведінки: порушення, крик, плач або заціпеніння, відстороненість;
- стан ошелешеності з деяким звуженням сфери свідомості та уваги, неможливістю повністю усвідомити подразники і дезорієнтацією;
- ухиляння з навколишньої ситуації (до стану дисоціативного ступору F44.2) або ажитацією і надактивністю;
- окремі риси панічного розладу (тахікардія, надмірне потовиділення, почервоніння);
- виняткова увага на образі померлої людини, взаємодія з оточенням «на автопілоті».

Саме на першій фазі переживання горя надають першу психологічну допомогу.

2 фаза - Страждання (6-7 тижнів)

Емоційна сфера: відчуття присутності померлого, ідеалізація померлого, почуття провини стосовно померлого, дратівливість, гнів, тривога, бажання усамітнитись.

Порушення пам'яті та уваги: ослаблення уваги, неможливість на чомусь сконцентруватися, порушення пам'яті на поточні події

Тілесні відчуття: порушення сну, порушення в сексуальній сфері, млявість, дискомфортні фізичні відчуття, загострення хронічних захворювань

Під час другої фази відбувається: усвідомлення втрати, оплакування втрати, дезорганізація і туга за померлою людиною. Це фаза сильних почуттів, оскільки усвідомлення реальності втрати і життєвої порожнечі відбувається через переживання відчаю, білю, люті. Швидка зміна почуттів: гнів, вина, біль, туга, страх. Заціпеніння, яке відіграло роль «емоційного буфера» минуло і прийшла емоційна дезорганізація. У деяких можемо спостерігати відмову перегорнути сторінку книги життя. Сильне почуття туги (до відчаю) за померлим: всі думки про нього, рідні живуть спогадами, переглядають фотографії, подумки спілкуються з ним, багато часу можуть проводити на кладовищі. Людину нічого не цікавить, ніщо не приносить радості. Відчуття фізичної слабкості, виснаження від почуттів, нездатність щось робити.

Часті соматичні скарги: болі в грудях, задишка, слабкість, відсутність апетиту, безсоння. «Важко думати», порушення уваги і пам'яті.

3 фаза: Прийняття (6 місяців - 1 рік)

- відновлюється сон і апетит;

- втрата перестає бути головною подією в житті;
- хоч інколи ще можуть бути «гострі приступи горя», проте вже з'являється здатність планувати життя з урахуванням втрати.

4 фаза: Відновлення

Горе замінюється сумом, втрата сприймається як щось неминуче.

У релігійних людей можемо спостерігати позитивні або негативні духовні наслідки горювання. Негативні: злість на релігійні установи або духовенство, втрату віри, почуття зради, сумніви у тому, у що вірив, відмова від життя або майбутнього щастя. Позитивні: ближчий зв'язок з Богом, рішення допомагати іншим, вдячність за людське життя.

Таблиця 3.11.

Горе (гостра реакція на загибель близької людини, психогенний шок)	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Заціпеніння, мала рухливість, яка може змінюватися хвилинами метушливої активності (імпульсивні, некеровані дії з прагненням помститися, покарати).	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Переривчасте дихання, особливо на вдиху.	Не залишайте постраждалого наодинці. Надавайте йому соціальну і емоційну підтримку: торкайтесь до постраждалого, покладіть свою руку йому на плече, обійміть його (за згоди постраждалого).
Відчуття нереальності того, що сталося (неприйняття реальності, заперечення реальності).	Поговоріть з постраждалим, дайте йому можливість поговорити про те, яким був загиблий. Говоріть про померлого у минулому часі. Виказуйте співчуття.
Сердечне оніміння, нечутливість, «застигла» міміка.	Дайте йому можливість відпочити. Стежте за тим, щоб він харчувався.
Можливі звинувачення себе, самобичування.	Допомагайте потерпілому приймати необхідні рішення та утримуйте від імпульсивних дій.
	Другий рівень
	Оцініть здатність стримувати свої імпульсивні дії (помститись, все кинути і піти тощо), турбуватися про себе (не забувати їсти, пити).

	Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.
	Третій рівень
	Надання допомоги постраждалому в переживанні наступних фаз горя, робота зі стражданням, напругою, відчаєм, демобілізацією тощо (наприклад, використання вправ «Зміна пір року», «Лист прощання» тощо).
	Надання консультацій з приводу супутніх проблем: відчуття провини, складностей зосереджувати увагу на поставленому завданні, апатія (складності самомотивування), складностей засинання тощо.
	Моніторинг стану щодо можливості набуття у подальшому ознак ПТСР.

3.12. Надання ППД особі зі спробою вчинити суїцид

Ситуація суїциду – фіксація людини на думці про певну, важливу для себе проблему, шляхів вирішення якої вона не бачить окрім скоєння суїциду.

Основні рекомендації:

- Ваше завдання: зняти загрозу суїциду та передати потерпілого спеціалістам.
- Реальний суїцид рідко буває демонстративним. Поки людина розмовляє з поліцейським, вона залишається живою.
- Намагайтесь підтримувати діалог. Розмовляйте на будь-яку тему, яку людина згодна обговорювати.
- Намагайтесь оминати сильних емоцій та переживань («На слабо, ти ж мужик»).
- Обережно шукайте ціннісні для людини теми.
- Вкажіть їй про неможливість скоєння суїциду, можливість залишитись інвалідом (60% тих, хто стрибає з цього поверху, виживають та залишаються інвалідами на все життя).

Таблиця 3.12.

Незакінчений суїцид	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки:	Перший рівень
Особа вчинила спробу самогубства.	Оцінити небезпечність ситуації для себе. Прибрати загрозу життю особи, що чинить спробу самогубства, за потреби надати необхідну медичну допомогу.
Може бути збудженим, тремтіти, плакати/може бути апатичним, байдужим/може бути спокійним зосередженим (якщо прийняв рішення довести спробу до кінця).	Не залишати наодинці (навіть якщо він виглядає спокійним), говорити з постраждалим (не бійтесь запитувати про суїцид, про те, чому він так вчинив, нехай виговориться, виплесне накопичені образи, горе тощо).
Може просити бути з ним, підтримати його чи навпаки, намагатися сховатися від оточуючих.	Емоційно підтримати, не засуджувати.
	Обов'язково порадити батькам/близьким звернутися до лікаря-психіатра.
	Другий рівень
	Обов'язково порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної чи медичної допомоги.
	Встановити свідків події, наближених (ті, що мають дружні, родинні зв'язки) осіб для подальшої профілактичної роботи з ними.
	За можливості організувати проведення дебрифінгу в перші три дні, залучивши психологів мобільного пункту психологічної підтримки.
	Третій рівень
	Обов'язково врахувати висновки лікаря-психіатра і його рекомендації під час проведення подальшої реабілітації і корекції особи, яка вчинила спробу суїциду.

3.13. Техніки та вправи для емоційної регуляції та саморегуляції станів

Дихання животом. Вдихаємо повітря через ніс, пропускаємо його під діафрагмою в живіт, затримуємо повітря, видихаємо через 2-3 секунди, і плавне, повільне дихання через рот в міру випорожнення легень.

Заземлення. Знайти хвилину і подивитися довкола, щоб залишитися в безпосередній реальності та відчутти землю під ногами (можна також напружити ступні, щоб відчутти себе «ніби ми вросли» в землю).

Сканування тіла та сенсомоторне маркування. Усвідомити свої тілесні відчуття і назвати їх (наприклад: напружений, зажатий, розслаблений тощо).

М'язова релаксація. Інколи тіло в стресовому стані завмирає, потрібно напружувати, а потім розслабляти м'язи. Напруження м'язів після розслаблення буде зменшуватися в порівнянні з тим, з якого починали.

Заземлення під час стресу «5-4-3-2-1»:

за допомогою органів чуття ми можемо впоратися з тривогою, відчутти себе «тут і зараз», зосередившись на своєму тілі, спочатку робимо від 10 до 20 якомога глибших вдихів, затримуємо повітря на кілька секунд, далі повільно видихаємо;

за допомогою зору знаходимо *5 речей*, які можемо побачити навколо нас речі – квіти, сонечко, рідні, чашка, книжка тощо – роздивляючись які, отримуємо задоволення. Беремо по черзі *4 речі*, відчуваємо їх у руках та проговорюємо вголос те, що відчуваємо (наприклад: чашка – тепла, прозора, кругла, гладенька), також можуть бути домашні улюбленці;

намагаємося почути *3 звуки*, на які ми раніше не звертали увагу (власне дихання, муркотіння котика, розмови дітей в іншій кімнаті тощо);

за допомогою нюху намагаємося відчутти приємний *2 запахи*: кави, ароматного чаю, повітря тощо;

відчутти себе «тут і зараз» допоможе також проговорювання вголос відчуттів *1 смаку* (кислий, соковите, свіжа), інколи спробуємо просто воду, продукт (лимон, яблуко, хліб...).

«Розчісуємо нерви»

«Розчісуємо нерви» (накладання мислеформи на об'єкт). Ви лежите в ліжку, розчешіть себе.

Уявіть, що на якійсь відстані від вас ви бачите себе, свою фігурку, тільки маленьку. Уявляєте, що ця фігурка вкрита волоссям, як волосяна людина. І кожне волосся – не просто волосся, а ваша нервова клітина.

Уявіть, що всі ваші нервові закінчення по всьому вашому тілу є волосся. Волосся – це нерви (візуалізувати можна і з розплющеними очима).

Ідея в тому, що в якому стані на момент представлення знаходиться ваша нервова система, в такому стані знаходиться і ваше волосся (наприклад, ви уявляєте себе «волохастиком», і це волосся сплутане, сухе, брудне – це означає, що ваша нервова система відчуває певні проблеми. Або це волосся може бути жирним, сальним, сплутаним, а може бути звичайним і навіть сіктися на кінцях).

Ви уявляєте та утримуєте цей образ на якійсь відстані від вас. Беремо свою провідну руку і уявляємо, що у нас в руці дуже м'яка, ніжна щітка для волосся. Намалюйте її такою, якою захоче ваша уява.

І тепер починаємо цю фігурку розчісувати. Дуже важливо робити саме фізичні рухи рукою (уявним гребінцем розчісуємо уявне волосся, але реальними рухами).

Коли ви рухатимете цим гребінцем за уявним образом, ви відчуєте, що не просто ворухите рукою, а вона ніби продирається крізь щось. І ви будете це відчувати у своєму фізичному тілі (можливо це будуть мурашки). Тобто ви впливаєте на вашу нервову систему. Ви можете подумки крутити фігурку та розчісувати з різних боків (і на якомусь етапі ці відчуття підуть по спині, потім по передній частині тіла, по руках, по ногах... у районі мозку може відчуватись особливе зусилля, щоб продерти це все).

Далі уявляємо, що над нашою фігуркою відкривається душ, теплий та приємний. Тепер замість гребінця в руках шампунь (найкращий для цього цієї фігурки). І ми починаємо мити її – волосся стає пухнастим, воно в піні....

Відчуйте, що відбувається з вами. Увесь бруд змивається. Погляньте, що теперу вашому тілі?

Прибираємо візуалізацію душу і знову прочісуємо. Зверніть увагу, як змінилися відчуття? Насамперед відчуття від того, як ви проводите гребінцем по цьому «волохастикі». Зазвичай гребінець іде легше. Спостерігайте, як виходять стреси.

Техніка « Дихальні практики для зняття стресу та панічних атак»

Сісти зручно біля стіни, витягнути спину. Скласти руки на «сонячному сплетінні» та опустити до них голову.

Дихати подихом квадрата:

- вдих на 4 сек.;
- затримка дихання на вдиху на 4 сек.; видих на 4 сек.;
- затримка дихання на видиху на 4 сек.

Вправа «Вдих – видих»

Сядьте зручно. Максимально розслабтесь.

Зробіть глибокий вдих і короткий видих. Повторіть декілька разів.

Прислухайтеся до своїх відчуттів.

Зробіть короткий вдих і глибокий видих. Повторіть декілька разів.

Прислухайтеся до своїх відчуттів.

Порівняйте свої відчуття після першого і другого типів дихання.

Як ви себе відчуваєте після виконання вправи? Чи відчули ви відмінність між різними типами дихання?

Вправа «Повне дихання»

Для виконання повного дихання потрібно сісти, випрямити спину, розслабитися. Видихніть, вдихніть і починайте розслабляти м'язи живота. Це призводить до наповнення легенів повітрям. Але на цьому вдих не закінчується. Продовжуйте активно вдихати повітря, поки не наповните грудну клітину (ви відчуєте, як вона збільшується в розмірах). На мить затримайте дихальний цикл, а потім починайте повільно випускати повітря. У міру вивітрювання повітря розслабляйте грудну клітину, втягуйте в себе живіт, буквально видавлюючи залишки повітря. Видих можна супроводжувати звуком «хм-м-м».

Вправа з китайської гімнастики

Зробіть три короткі носові вдихи без видихів. На перший вдих витягніть руки перед собою на рівні плечей. На другий вдих розведіть руки в сторони теж на рівні плечей. На третій вдих підніміть руки вгору над головою. Зробіть довгий видих через рот, при цьому руки тримаєте за головою, пальці стиснуті в замок, лікті розслаблені. Вправу слід повторити п'ять-шість разів.

Рухлива вправа для зняття напруги «Все навпаки»

Виконувати рухи услід за тим, хто проводить вправу, при цьому не повторювати їх, а робити все навпаки. Якщо психолог підніме руку - потерпілий повинен опустити її; якщо розводить долоні - їх потрібно скласти; швидко махне рукою праворуч – повільно відведе руку ліворуч.

Глибоке та повільне дихання

Вдихаємо носом, видихаємо ротом. Робимо коротку паузу між вдихом та видихом. Видих має бути довшим, аніж вдих. Уявляємо, що надуваємо повітряну кульку і видихаємо довго та повільно ротом. Одного вдиху та видиху недостатньо (мінімум 3 хвилини).

Пити воду маленькими ковтками, аби активувати рефлекс ковтання. Це дуже важливий рефлекс, пов'язаний з нормалізацією роботи блукаючого

нерву. Між ковтками робимо глибокий вдих та видих (мінімум 25 ковтків води). Намагаємось затримувати воду в роті.

Вправа «Африканські танці»

Встаємо, згадуємо картинки з документальних фільмів про африканські племена, які танцюють навколо вогнища, та почергово вдавлюємо ноги в землю, згинаючи в коліні. Це не має бути красиво. Можна навіть не підіймати стопи, а просто переносити вагу тіла з однієї ноги на іншу (мінімум 1 хвилину).

Вправа «Запах квітів»

Запропонуйте дитині уявити, як вона відчуває запах квітки, глибоко вдихаючи через ніс і видихаючи через рот. Можна подумки уявити собі квітку.

Вправа «Маленький зайчик»

Мов зайчик, який стрибає у саду, та нюхає все довкола, запропонуйте дитині зробити три швидкі вдихи через ніс і один довгий видих через рот.

Вправа «М'яч для зниження стресу»

Створіть свій умовний м'яч для зниження стресу. Наприклад, наповніть мішечок, тканину, пластиковий пакет або повітряну кулю сухим просом або рисом. Якщо помітили, що дитина відчуває стрес, попросіть її стиснути утворений «м'яч», щоб зняти м'язову напругу.

Вправа «Солдат та ганчіркова лялька»

Найпростіший і найнадійніший спосіб навчити дітей розслаблятися – це навчити їх чергування сильної напруги м'язів та наступного за ним розслаблення. Тому ця і наступна гра допоможуть вам це зробити в ігровій формі.

Запропонуйте дитині уявити, що вона солдат. Згадайте разом з дитиною, як потрібно стояти на плацу, витягнувшись у струнку та завмерши. Нехай гравець зобразить такого військового, як тільки ви скажете слово «солдат». Після того, як дитина постоїть у такій напруженій позі, скажіть іншу команду: «ганчір'яна лялька». Виконуючи її, хлопчик чи дівчинка мають максимально розслабитися, злегка нахилитися вперед так, щоб їх руки бовталися, ніби вони виготовлені з тканини та вати. Допоможіть їм уявити, що все їхнє тіло м'яке, податливе. Потім гравець знову має стати солдатом.

Вправа «Насос та м'яч»

Якщо ваша дитина хоч раз бачила, як м'яч, що здувся, накачують насосом, то йому легко буде увійти в образ та зобразити зміни, що відбуваються в цей момент із м'ячем.

Станьте навпроти один одного. Гравець, що зображає м'яч, має стояти з опущеною головою, мляво висячими руками, зігнутими в колінах ногами (тобто виглядати як не надута оболонка м'яча). Дорослий тим часом збирається виправити це становище і починає робити такі рухи, ніби він тримає насос. Збільшуючи інтенсивність рухів насоса, «м'яч» стає все більш накаченим. Коли у дитини вже будуть надуті щоки, а руки з напругою витягнуті в сторони, вдайте, що ви критично оцінюєте свою роботу. Поторкайте його м'язів і нарікайте на те, що ви перестаралися і тепер доведеться здувати м'яч. Після цього зобразіть висмикування шланга насоса. Коли ви це зробите, «м'яч» здується настільки, що навіть впаде на підлогу.

Примітка. Щоб показати дитині приклад, як грати надувного м'яча, краще спочатку запропонувати йому побути в ролі того, хто працює насосом. Тренер напружуватиметься і розслаблятиметься, що допоможе і йому відпочити, а разом і зрозуміти, як діє цей метод.

Вправа «Сніговик»

Батько і дитина перетворюються на сніговиків: встають, розводять руки в сторони, надувають щоки і протягом 10 секунд утримують задану позу.

Дорослий каже: «А тепер визирнуло сонечко, його жаркі промені торкнулися сніговика і він почав танути». Гравці поступово розслабляються, присідають навпочіпки і лягають на підлогу.

Пальчикова гімнастика

Запропонуйте дитині за допомогою пальчиків показати, як руки «стрибають», «радіють», «штовхаються», «кусаються», «тремтять», «бояться», «перемагають».

Вправа «Струшуємо зайве»

Ви розповідаєте дитині, що однією з найскладніших перешкод у досягненні успіху є згадки про минулі невдачі, але за допомогою гри можна «скинути» невдачі.

Спочатку «обтрушуємо» долоні, лікті, плечі, потім ноги, від пальців до стегон. Трясемо головою. Потім «струшуємо» усе зайве з обличчя.

Вправа «Подорож на хмарі»

Сядь зручніше і заплющ очі. Глибоко вдихни і видихни. Я хочу тебе запросити у подорож на хмарі. Стрибни на білу пухнасту хмару, схожу на гору м'яких подушок. Відчуй, як твоя спина і ноги зручно вместилися на цій великій хмарній подушці. Тепер починається подорож. Твоя хмара вільно здіймається у синє небо. У небі високо і спокійно. Нехай хмара перенесе тебе в місце, де ти відчуваєшся щасливим. Спробуй побачити це місце якомога

детальніше. Настав час повертатися. Злізь зі своєї хмари і подякуй їй за таку чудову подорож.

А зараз спробуй намалювати місце, де ти відчуваєшся спокійно і щасливо.

ПІСЛЯМОВА

Надання першої психологічної допомоги не передбачає істотної професійної підготовки, для її надання достатньо загальних психологічних знань і здатності проявляти співчуття, людяність. Першу психологічну допомогу можна розглядати як здійснення гуманних, підтримуючих заходів реагування на страждання особи, яка може потребувати підтримки.

Представлений навчально-практичний посібник «Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях» було створено колективом кафедри педагогіки та психології Харківського національного університету внутрішніх справ з метою оволодіння якомога широкого кола працівників поліції основними прийомами та протоколами надання першої психологічної допомоги, які були запропоновані українськими та закордонними вченими.

Надання першої психологічної допомоги має узгоджуватись із базовими етичними нормами, принципами та правилами загальнолюдської взаємодії й ґрунтуватись на безумовному дотриманні пріоритету інтересів людини за принципом «Не нашкодь». Особливу увагу в навчально-практичному посібнику приділено оперативним принципам надання першої психологічної допомоги: підготуватися, спостерігати, слухати і з'єднувати.

У навчально-практичному посібнику подано рекомендації щодо особливостей поведінки, спілкування з людьми під час надання першої психологічної допомоги. У нагоді поліцейському також стане схематично представлені в посібнику можливі розлади поведінки осіб, які опинилися в стресовій ситуації, а також найпростіші техніки та вправи для емоційної регуляції цих станів.

Деякі люди з гострим стресовим розладом можуть також отримувати діагнози інших станів психічного здоров'я, таких як депресія або тривожність, які можуть мати подібні, але менш виснажливі симптоми. Сюди можна віднести почуття безвиході, пригнічений настрій, проблеми зі сном, проблеми концентрації, постійне занепокоєння, втому, втрату інтересу до щоденних занять, плач або паніку, зміни апетиту або, можливо, навіть думки про самогубство чи самопошкодження. Такі люди в подальшому потребують допомоги фахівців. Про це дуже важливо пам'ятати при наданні першої психологічної допомоги в екстремальній ситуації та сприяти її отриманню в найкоротший час.

ГЛОСАРІЙ

Агресія, агресивна поведінка – це фізична або словесна поведінка людини, спрямована на пошкодження або руйнування.

Апатія – хворобливий стан, байдуже ставленням до навколишнього, що характеризується зникненням зовнішніх проявів емоційних реакцій. Людина занурена у себе, слабо реагує або не реагує на зовнішні подразники.

Втрата – означає розрив зв'язку, якій ви сформували з важливою для вас людиною, місцем, річчю або ідеєю (включаючи вірування).

Галюцинації – мимовільне сприйняття (зорове, слухове, смакове, дотичне, нюхове) неіснуючих об'єктів, які особистість вважає реальними. Галюцинації спостерігаються не лише у разі психічних захворювань, а й при отруєннях, психічних травмах, сильних душевних потрясіннях, тривалих очікуваннях тощо.

Горе – це глибоке почуття суму і болю, спричинене важливою втратою, змінами, кризою чи невдачею, як реальними, так і абстрактними. *Типові симптоми горя (прояви):* порушення сну; анорексія чи втрата ваги; дратівливість; проблеми з концентрацією уваги; втрата інтересу до новин, роботи, друзів, церкви тощо; пригніченість; апатія і відчуження; намагання усамітнитись; плач; самозвинувачення; суїцидальні думки; соматичні симптоми; втома.

Гострий стрес – це негайна реакція організму на ситуацію (наприклад, загроза і переляк). Такий стрес може виникнути, коли людина дізнається про смерть коханої людини або стає свідком смерті. Гостра реакція на стрес виникає протягом місяця з моменту травми й триває від 2-х днів до 4-х тижнів.

Гострий стресовий розлад – короткочасна, як і гострий стрес, реакція але на набагато більш травматичний випадок і спричиняє значно більш проблемні та сильні симптоми у відповідь на травму.

Дистрес – стан, при якому людина не в змозі повністю адаптуватися до стресових ситуацій та спричинених ними наслідків і проявляє дезадаптивну поведінку.

Екстремальна ситуація – це ситуація, що раптово виникла, загрозлива або суб'єктивно сприймається людиною як загрозлива життю, здоров'ю, особистісній цілісності та благополуччю, як самої людини, так і значущих для неї оточуючих.

Еустрес – стан, внаслідок якого підвищується функціональний резерв організму, відбувається його адаптація до стресового фактору. Цей вид

стресу включає в себе всі реакції організму, які забезпечують термінову адаптацію людини до нових умов. Він дає можливість уникнути неприємної ситуації, боротися або пристосуватися. Такий стан може бути і небезпечним, якщо затягнеться на тривалий період.

Істерика – демонстративна поведінка, що виражає активний протест, власні страждання та неможливість адекватної реакції. Потерпілий кричить, робить слабоконтрольовані рухи, може впасти на землю або спричинити собі шкоди, розбити голову або долоні.

Маячня – сукупність різноманітних уявлень, ідей, суджень та умовиводів, що не відповідають дійсності, у помилковості яких потерпілого неможливо переконати. Інколи маячня супроводжується страхом, тривогою, відчуттям небезпеки.

Неконтрольоване нервово тремтіння – реакція організму, коли людина не може за власним бажанням припинити сильне тремтіння всього тіла або окремих частин.

Ознаки рухового збудження, дезорієнтації – людина знаходиться у стані крайнього збудження, постійно рухається, може поводитись агресивно, втрачає орієнтацію в навколишньому світі, не реагує на соціальне оточення.

Паніка – несвідомий, нестримний страх, викликаний дійсною чи уявною небезпекою, що охоплює людину чи багатьох людей; неконтрольоване прагнення уникнути небезпечної ситуації.

Перша психологічна допомога – це сукупність заходів психологічної підтримки та практичної допомоги людям, які страждають або відчувають потребу в чомусь, зазнали впливу надсильних стресорів. Її надання не передбачає значної професійної підготовки – достатньо знань, отриманих в рамках загальноосвітнього психологічного інформування, і природної здатності проявляти співчуття, людяність. Першу психологічну допомогу можна розглядати як здійснення гуманних, підтримуючих заходів реагування на страждання особи, яка може потребувати підтримки.

Піраміда психосоціальних інтервенцій – це система заходів, спрямованих на психосоціальну допомогу та підтримку дорослих і дітей, які зазнали впливу надзвичайних ситуацій відповідно до характеру спричинених стресовими/травматичними подіями психологічних реакцій людей та характеру їхніх потреб у допомозі.

Плач – одна з фізіологічних реакцій людини, що супроводжує стрес. Як правило, виникає при сильному страху, болю, смутку, жалю, злості або радості.

Посттравматичний стресовий розлад – це психічний розлад, який розвивається у деяких людей після того, як вони пережили або стали

свідками травматичних подій, звичайно розвивається через якийсь час після травми, через не менш 1 місяця після травми, і має тривалість більше 4-х тижнів. Крапкою відліку є саме по собі подія, що травмує, або такі обставини.

Ситуація суїциду – фіксація людини на думці про певну, важливу для себе проблему, шляхів вирішення якої вона не бачить окрім скоєння суїциду.

Скорбота – це процес визнання втрати, переживання горя і прийняття рішення зробити втрату частиною свого життя.

Страх – емоційний стан, що обумовлений загрозою реального або передбачуваного лиха.

Стрес – це особлива форма емоційного переживання, що виникає в екстремальній життєвій ситуації та вимагає від людини мобілізації нервово-психологічних сил. Він з'являється в ситуаціях погрози, небезпеки, образи тощо. Термін «стрес» був уведений Г. Сельє, який визначив стрес як сукупність стереотипних, філогенетично запрограмованих неспецифічних реакцій організму, які первинно підготовлюють організм до фізичної активності, реакція протидії (боротьба або втеча).

Ступор – стан нечутливості, отупіння, нерухомості в людини, який виникає при психічних захворюваннях, отруєннях, травматичних ушкодженнях мозку і та інше. Людина може «застрягати» у дивних позах та зберігати їх тривалий час.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Керівництво з надання першої психологічної допомоги. Головні редактори: Louise Vinther-Larsen (Луїза Вінтер-Ларсен) та Nana Wiedemann (Нана Відеманн). Психосоціальний центр. Копенгаген, Данія. 2018. 104 с.
2. Кризова психологія: навчальний посібник / За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. Харків : НУЦЗУ, 2010. 401 с.
3. Лист МОН України Про методичні рекомендації «Перша психологічна допомога. Алгоритм дій». URL: <https://mon.gov.ua/ua/npa/pro-metodichni-rekomendaciyi-persha-psihologichna-dopomoga-algoritm-dij> (дата звернення: 20.10.2022)
4. Методичні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту. URL: <https://dszn-zoda.gov.ua/node/495> (дата звернення: 20.10.2022)
5. Оказание первой психологической помощи. URL: <http://www.slideshare.net/mobile/undpukraine/ss-38456664> (дата звернення: 20.10.2022)
6. Оніщенко Н. В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія. Харків : Право, 2014. 584 с.
7. Основи психологічної підготовки військовослужбовців Національної гвардії України до виконання службово-бойової діяльності в екстремальних умовах: посібник / О.С. Колесніченко, Я.В. Мацегора, І.І. Приходько; за заг. ред. проф. І.І. Приходька. Харків : НА НГУ, 2017. 127 с.
8. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч. посіб. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
9. Перша психологічна допомога: Посібник для працівників на місцях. Київ : Пульсари, 2017. 66 с.
10. Перша психологічна допомога : посіб. для тренера / уклад. : Чернобровкіна В. А., Гірник А. М. Київ : Унів. вид-во ПУЛЬСАРИ, 2017. 96 с.
11. Протокол Yahalom URL: <https://www.youtube.com/watch?v=O0-tstHrLZg> (дата звернення: 20.10.2022)
12. Протоколи надання першої психологічної допомоги військовослужбовцям Національної гвардії України в екстремальних умовах діяльності : посібник / О.С. Колесніченко, Я.В. Мацегора, І.І. Приходько / За заг. ред. проф. І.І. Приходька. Харків : НА НГУ, 2018. 40 с.

13. Профілактика самогубств серед військовослужбовців Національної гвардії України: посібник / О.С. Колесніченко, Я.В. Мацегора, І.І. Приходько та ін. / За заг. ред. проф. І.І. Приходька. Харків : НАНГУ, 2016. 118 с.

14. Психологічна само- та взаємодопомога військовослужбовців Національної гвардії України в умовах ведення бойових дій: посібник / О.С. Колесніченко, Я.В. Мацегора, І.І. Приходько / За заг. ред. проф. І.І. Приходька. Харків : НАНГУ, 2016. 108 с.

15. Психологічний супровід військовослужбовців, які виконують службово-бойові завдання в екстремальних умовах: методичні рекомендації / Я.В. Мацегора, І. В. Воробйова, О. С. Колесніченко, І. І. Приходько. Харків : НАНГУ, 2015. 69 с.

16. Психологія екстремальної діяльності: навч. посіб. / І.І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І.І. Приходька. Харків : НАНГУ, 2016. 571 с.

17. Теорія та практика психологічної допомоги: навч. посіб. / В.І. Пасічник, І. І. Ліпатов, Л. Ф. Шестопалова, І. І. Приходько та ін. Харків : Акад. ВВ МВС України, 2011. 250 с.

18. Хобфолл С. Е., Уотсон П., Белл С. С., Брайант Р. А., Браймер М. Дж., Фрідман М. Дж. та ін. П'ять основних елементів негайного і середньострокового втручання у разі масової травми: емпіричні дані. *Psychiatry*. 2007; 70: с. 283-315.

19. Australian Psychological Society and Australian Red Cross Psychological first aid. An Australian Guide. Melbourne: Carlton, 2011.

20. Everly G. S. Thought son early intervention. *International Journal of Emergency Mental Health*. 2001. Vol. 3 (4). P. 207-210.

21. Everly G.S. The role of the critical incident stress debriefing (CISD) process in disaster counseling. *Journal of mental counseling*, July 1, 1995, Vol.17, Issue 3.

22. Everly G.S. Five principles of crisis intervention: reducing the risk of premature crisis intervention. *International journal of emergency mental health*, 2000, 2 (1), p.14.

23. Everly G.S., Flannery R.B., Eyler R.B., Mitchell J.T. Sufficiency analysis of an integrated multicomponent approach to crisis intervention: critical... *Advances in mind-body medicine*, Summer 2001, Vol.17, Issue 3.

24. Everly G.S, Mitchell J.T. The debriefing «controversy» and crisis intervention: a review of lexical and substantive issues. *International journal of emergency mental health*, 2000, 2(4), 211-225.

25. Raphael B. When disaster strikes. New York: Basic Books, 1986. 342 p.

26. Raphael B., Wilson J.P. Introduction and overview: Key issues in the conceptualization of debriefing. psychological debriefing. Theory, practice and evidence. Edited by Raphael B. & Wilson J.P. Cambridge University Press, 2000. P. 1-14. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=O0-tstHpLZg> (дата звернення: 20.10.2022).

Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях: навч.-практич. посіб. / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. О.А. Моргунов ; [О.І. Федоренко та ін.] ; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків : ХНУВС, 2022. 84 с.

ISBN 978-617-7923-05-2

У навчально-практичному посібнику висвітлено матеріал, що відображає сучасний стан питань щодо надання першої психологічної допомоги.

Для курсантів і студентів, психологів та науково-педагогічного складу закладів вищої освіти МВС, практичних психологів, працівників підрозділів ювенальної превенції, патрульної поліції, дільничних офіцерів поліції та всіх, хто працює з людьми, які опинилися в екстремальній ситуації та страждають від гострого стресу.

УДК 159.944.4(07)

Приклад посилання на видання (в цілому) згідно з міжнародними стандартами:
Morhunov O.A. (ed.), 2022. Psychological first aid in acute stressful situation [Persha psykhologichna dopomoha v hostrykh stresovykh sytuatsiyakh]. Kharkiv: Kharkivskiy natsionalnyi universytet vnutrishnikh sprav.

Навчальне видання

ФЕДОРЕНКО Олена Іванівна,
МІЛОРАДОВА Наталя Едуардівна
ХАРЧЕНКО Світлана Вячеславівна та ін.

ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В ГОСТРИХ СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ

Навчально-практичний посібник