

УДК 159.9

Максим Андрійович АРІСТОВ,

*студент кафедри соціології та психології факультету № 6
Харківського національного університету внутрішніх справ;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5673-9731>*

Науковий керівник:

Алла Андріївна ШИЛІНА,

*кандидат психологічних наук, доцент
доцент кафедри соціології та психології факультету № 6
Харківського національного університету внутрішніх справ*

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

Для суспільства сучасної України характерним є надзвичайно високий рівень психоемоційних навантажень, що впливає на істотне погіршення рівня психічного здоров'я в популяції. Сьогодні реальний рівень психічного нездоров'я в суспільстві катастрофічний – страждання та втрати є надмірними, соціальна ситуація не є підтримуючою, ресурси особистості виснажені, нові цінності та орієнтири не вибудовано, а пережиті потрясіння можуть призвести до деструктивних наслідків.

Такі кризові події включають в себе ситуацію, за якою людина переживає або стає свідком надзвичайно стресової події, що загрожує життю, здоров'ю або серйозними травмами їй та іншим (фізичне травмування; поранення, важкі медичні процедури; загибель або смерть близьких людей; картини смерті, поранень і людських страждань; суїциди і вбивства), викликає сильне відчуття страху, жаху, потрясіння та може бути раптовою та неочікуваною.

Через надмірну стимуляцію всіх органів чуття травматичні події настільки наповнені стресом, що вони перевантажують наші звичні стратегії подолання. Як наслідок, виникають гострі відчуття безпорадності, інтенсивний страх та відчуття втрати контролю. Якщо людина переживає стрес, вона втрачає контроль (якщо я не можу передбачити, як я можу рухатися далі, як я себе зможу захистити?).

Такі негативні переживання заважають людині раціонально осмислити та аналізувати ситуацію, тим самим породжують різні проблеми та складні життєві обставини. Перша психологічна допомога розроблена для того, щоб зменшити первинний дистрес (дати вихід емоціям), які спричинені травматичними подіями.

Перша психологічна допомога (ППД) – це фактологічно заснований підхід, який базується на концепції гнучкості людини та спрямований на зменшення стресових симптомів, відновленню після травматичних подій, природньої катастрофи та навіть особистої кризи [1, с. 153].

Травматичний стрес - особлива форма загальної стресової реакції, при якій стрес перевантажує психологічні, фізіологічні, адаптаційні можливості людини і руйнує захист. Прийнято вважати, що травматичний стрес – це нормальна реакція на ненормальні обставини, стан, що виникає у людини, яка пережила щось, що виходить за межі звичайного людського досвіду, наприклад, загрозу життю,

смерть чи поранення іншої людини, участь у бойових діях, насильство, стихійні лиха та катастрофи і т.ін.

Спектр явищ, що викликають травматичні стресові порушення, досить широкий і охоплює безліч ситуацій, коли виникає загроза власному життю або життю близької людини, загроза фізичному здоров'ю або образу "Я". Ці ситуації характеризуються, насамперед, своїм надекстремальним впливом на психіку людини, викликаючи в неї травматичний стрес, психологічні наслідки якого в граничному своєму прояві виражаються в посттравматичному стресовому розладі (ПТСР).

Виникнення і характер стресу визначаються не тільки силою подразника, а й реактивністю організму в момент впливу стресора, яка залежить від спадковості, віку та інших факторів. Цим пояснюється, чому один і той самий стресор у різних індивідів може викликати різні прояви і наслідки. Надмірне, довготривала дія травматичного стресу може призвести до психотравми.

Психотравма – це не зовнішня подія, а її психічна репрезентація. Психотравму (синонімічно вживаються ще такі терміни: емоційний травматичний стрес, емоційна травма, психологічна травма, психічна травма) описують як переживання невідповідності між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними можливостями їх подолання, яке супроводжується інтенсивним страхом, гострим відчуттям безпорадності та втрати контролю, когнітивними змінами та змінами у способах регуляції афектів, що спричиняє іноді тривалі фізичні, психічні та особистісні розлади.

На фізіологічному рівні змінюється біохімічна рівновага (чим пояснюються такі стани, як знеболення, надмірне збудження, амнезія, зниження імунітету, виснаження тощо); змінюється робота мозку: блокується міжпівкульна синаптична передача, інакше функціонують нейрони кори головного мозку, внаслідок чого страждають, насамперед, ті його зони, які пов'язані з контролем над агресивністю та циклом сну [2, с. 32].

Варто зазначити, що сьогодні здійснюється чимало заходів у галузі підготовки фахівців до надання психологічної допомоги постраждалим дітям: осмислюється зарубіжний і вітчизняний досвід такої роботи, проводяться спеціальні семінари і групи супервізійного супроводу для психологів, соціальних педагогів та представників інших "помічних" професій; розробляються і розповсюджуються (переважно через соціальні мережі) методичні матеріали інформативного і просвітницького характеру.

Досвід роботи з дітьми, які постраждали від травмивних подій, дозволив виділити наступні категорії.

1. За ступенем впливу травмуючого фактору:

а) діти, які були безпосередніми очевидцями тяжких військових дій (обстрілів, бомбардувань);

б) діти, які втратили в наслідок масових заворушень когось із родини, близького оточення, друзів;

в) діти, які відчували суттєву зовнішню загрозу втрати безпечного середовища чи життя (загроза обстрілу чи бомбардування, знаходження поряд з зоною гострого конфлікту), але не були очевидцями відкритих військових конфліктів;

г) діти, які травмовані втратою стабільності чи безпеки через тривожну поведінку найближчого оточення, брак інформації про те, що відбувається, через необхідність переселення зі звичного середовища тощо.

2. За особливістю поведінкових, емоційних та когнітивних проявів у пост-травматичний період:

а) діти, які відмовляються від будь-яких контактів з фахівцями та іншими дорослими чи однолітками, проявляють незвичні поведінкові та емоційні реакції;

б) діти, які мають складнощі у встановленні контакту з фахівцями, не можуть пояснити те, з яких причин їхнє життя втратило звичний плін, є емоційно пригніченими або розгальмованими;

в) діти, які охоче ідуть на контакт з фахівцями, можуть розповісти про те, що сталося, емоційно відреагувати ситуацію у прямій чи символічній формі.

Виходячи з вищеозначеної класифікації, констатуємо, що ті діти, які серед виділених категорій знаходяться на перших позиціях є найбільш тяжко травмовані і потребують посиленої уваги фахівців. Зазначимо, що діти специфічно переживають травматичні обставини.

Нерідко через відсутність навичок обговорення своїх переживань, вікові особливості, сильне емоційне потрясіння діти не висловлюються відкрито про свої неприємні стани. Разом з тим, спостерігаючи за дітьми, можна виявити тих із них, які гостро переживають стресову ситуацію. Наслідки стресу є помітними у емоційних, поведінкових проявах дітей чи представлені на тілесному рівні.

Нагадаємо, що ПТСР може розвинутиися з часом – приблизно через півроку після пережитих травмівних подій. З огляду на це, потрібно бути особливо уважними до дітей, які були очевидцями гострого воєнного конфлікту, зазнали тяжких втрат тощо, і здійснювати профілактику розладу [3, с. 9].

Список бібліографічних посилань

1. Терещук А. Д. "Перша психологічна допомога при гострих стресових станах." *П86 Проблеми девіантної поведінки: історія, теорія.*
2. Кокун, Олег Матвійович, et al. "Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій." (2015).
3. Кісарчук, Зоя Григорівна, et al. "Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки." (2016).

Одержано 12.04.2022