

НАДАННЯ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

Методичні рекомендації



НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ ТА ПОЛІТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Н. О. Довгань, С. А. Поліщук

**НАДАННЯ ПЕРШОЇ
ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ
В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ**

Методичні рекомендації

За редакцією В. М. Духневича

УДК 316.6:159.96:364.2
Д 58

Рекомендовано до друку вченою радою
Інституту соціальної та політичної психології НАПН України,
№12/22 від 08 грудня 2022 року

Рецензенти:

О. О. Горова, доктор психологічних наук;
О. Ф. Яцина, доктор психологічних наук;

Довгань Н. О., Поліщук С. А.

Д 58 Надання першої психологічної допомоги в надзвичайних ситуаціях : методичні рекомендації / Н. О. Довгань; С. А. Поліщук ; за ред. В. М. Духневича ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2022. – 145 с.

ISBN 978-966-189-673-3

У методичних рекомендаціях представлено практики надання першої психологічної допомоги учасникам освітнього процесу. Описано рекомендовані дії, показання до надання першої психологічної допомоги постраждалим у надзвичайних ситуаціях та інструменти її реалізації. Запропоновано трирівневу систему першої психологічної допомоги. Описано структуру та алгоритми дій психологічної підтримки учасників освітнього процесу.

Для психологів системи освіти, викладачів психології закладів вищої освіти, студентів, науковців, соціальних педагогів-практиків і вихователів, фахівців із психології безпеки.

ISBN 978-966-189-673-3

УДК 316.6:159.96:364.2

© Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2022
© Н. О. Довгань, В. М. Духневич, С. А. Поліщук, 2022

ЗМІСТ

| | |
|---|-----------|
| Перелік використаних умовних позначень | 7 |
| ВСТУП..... | 5 |
| ЧАСТИНА 1. Психологічна підтримка постраждалих індивідуальних і колективних суб'єктів у надзвичайних ситуаціях | 9 |
| ЧАСТИНА 2. Рекомендовані дії, показання до надання першої психологічної допомоги постраждалим у надзвичайних ситуаціях та інструменти її реалізації..... | 15 |
| ЧАСТИНА 3. Трирівнева система першої психологічної допомоги учасникам освітнього процесу: структура та алгоритми дій..... | 33 |
| ЗАМІСТЬ ВИСНОВКУ | 41 |
| ЛІТЕРАТУРА..... | 43 |
| ДОДАТКИ..... | 55 |
| Додаток А. Основні дії першої психологічної допомоги (практичне доповнення) | 55 |
| Додаток А. 1. Психологічні рекомендації постраждалим щодо подолання негативних впливів надзвичайної ситуації | 55 |
| Додаток А. 2. Тематичні питання щодо першочергових потреб і проблем постраждалих | 70 |
| Додаток А. 3. Захист населення і територій України в умовах надзвичайної ситуації | 76 |
| Додаток А. 4. Екстрена психологічна допомога: загальні алгоритми із запобігання наслідкам надзвичайних ситуацій та їх подолання..... | 82 |
| Додаток Б. Трирівнева система першої психологічної допомоги | 92 |
| Додаток Б. 1. Перший рівень першої психологічної допомоги | 92 |
| Додаток Б. 2. Другий рівень першої психологічної допомоги | 97 |
| Додаток Б. 3. Третій рівень першої психологічної допомоги..... | 136 |

Перелік використаних умовних позначень

ВООЗ/WHO – Всесвітня організація охорони здоров'я / World Health Organization.

ГСР – гострий стресовий розлад.

ДСНС – Державна служба України з надзвичайних ситуацій.

ЗВО – заклад вищої освіти.

ЗЗСО – заклади загальної середньої освіти.

ЗППО – заклад післядипломної педагогічної освіти.

ЗПТО – заклад професійно-технічної освіти.

НДІ – науково-дослідний інститут.

НС – надзвичайна ситуація.

ППД/PFA – перша психологічна допомога / Psychological first aid.

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад.

CISD (Critical Incident Stress Debriefing) – метод дебрифінгу, дебрифінг.

DRR (Disaster Risk Reduction) – стратегія зменшення ризику стихійних лих. Це концепція та практика зменшення ризиків катастроф шляхом систематичних зусиль щодо аналізу та зменшення причинних факторів катастроф, зменшення впливу небезпек, уразливості людей та майна, розумне управління землею та навколишнім середовищем, покращення готовності до несприятливих подій тощо.

IASC (Inter-Agency Standing Committee) – Міжвідомчий постійний комітет. Це міжвідомчий форум гуманітарних партнерів ООН та інших організацій, заснований у 1991 році для посилення гуманітарної допомоги. Загальною метою IASC є покращення надання гуманітарної допомоги постраждалому населенню.

IFRC (International Federation of Red Cross) – Міжнародна Федерація Товариств Червоного Хреста Червоного Півмісяця.

MHFA (Mental health first aid) – Перша допомога у сфері психічного здоров'я. Охоплює навчальні програми з виявлення, усвідомлення ознак психічних

захворювань та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, і реагування на них; розвитку навичок надання допомоги в кризовому стані, первинної підтримки психічного здоров'я чи коригування залежності від дії психоактивних речовин.

MHPSS (Mental health and psychosocial support) – стратегія психічного здоров'я і психосоціальної підтримки. Передбачає будь-яку підтримку, яку люди можуть отримати для захисту або підтримки свого психічного здоров'я та психосоціального благополуччя.

NCPTSD (National Center for PTSD) – Національний центр ПТСР (США).

NCTSN (National Child Traumatic Stress Network) – Національна мережа дитячих травматичних стресів (США).

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) – Національний інститут здоров'я і досконалості допомоги – виконавчий позавідомчий державний орган Департаменту охорони здоров'я Сполученого Королівства.

NIMH (National Institute for Mental Health) – Національний інститут психічного здоров'я (США).

SP (Sphere Project) – Рух «Сфера», започаткований у 1997 році групою професіоналів у сфері гуманітарних питань щодо поліпшення якості гуманітарної роботи під час ліквідації наслідків стихійних лих. Світова спільнота, яка об'єднує фахівців-практиків у сфері поліпшення якості та підзвітності гуманітарної допомоги.

TENTS project (The European Network for Traumatic Stress) – Проєкт «TENTS» – Європейська мережа експертів з лікування посттравматичного стресу у жертв стихійних та інших катастроф.

ВСТУП

Повномасштабне вторгнення РФ підняло на новий рівень актуальності питання психологічного супроводу постраждалих та психологічного забезпечення фахівців, які здійснюють такий супровід. Фактично проблематика психологічної допомоги завжди актуальна, оскільки повсякчас є імовірність катастроф чи різних надзвичайних ситуацій природного, техногенного чи соціального походження. Це і аварії на підприємствах, і повені, знеструмлення чи техногенні катастрофи, епідемії, різні терористичні акти чи інші дії, що призводять до травматизації окремих громадян чи груп осіб і т. ін. А у випадку воєнних дій кількість постраждалих фізично, а головне – психологічно, значно зростає. Саме тому психологічні феномени, що супроводжують переживання надзвичайних ситуацій, питання формування готовності індивідуальних та колективних суб'єктів до конструктивних дій у надзвичайних ситуаціях потребують ретельного вивчення та створення відповідних психологічних інструментів, що стануть у пригоді тим, хто може і буде надавати відповідну психологічну допомогу постраждалим. Одним із результатів роботи авторського колективу лабораторії психології політико-правових відносин Інституту соціальної та політичної психології НАПН України стало вдосконалення практик соціально-психологічної допомоги учасникам освітньої взаємодії, необхідних для запобігання негативним наслідкам стресогенних подій та їх подолання.

У методичних рекомендаціях розглянуто практики надання учасникам освітнього процесу першої психологічної допомоги (далі – ППД), які відповідають вимогам законодавства України та розробленим міжнародним еталонним матеріалам щодо поліпшення психологічного та психічного здоров'я людей. У роботі фахівців соціальних центрів та психологічної служби освіти пропонується використовувати корекційно-розвивальні практики і практично-діагностичний інструментарій для напрацювання конструктивних форм поведінки в надзвичайних ситуаціях, нейтралізації гострого стресового розладу і запобігання

розгортанню посттравматичного стресового розладу у постраждалих в умовах надзвичайних ситуацій (далі – НС).

Першу частину присвячено аналізу міжнародних еталонних матеріалів, рекомендацій щодо підтримки постраждалих у НС. Крім затверджених ВООЗ стратегій психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, конкретизовано загальний для сучасного світу стан справ у сфері охорони здоров'я – запобігання наслідкам надзвичайних ситуацій та їх нейтралізації. Наголошується, що ППД як системний елемент загального реагування є суспільною формою доступної підтримки спеціалістами, які знають принципи надання психологічної підтримки та послідовність комплексного вирішення проблем у НС, але не обов'язково мають фахову психологічну освіту.

У другій частині розглянуто рекомендовані дії, показання до надання постраждалим у надзвичайній ситуації ППД та інструменти її реалізації, що відповідають прийнятій у міжнародному правовому полі стратегії охорони здоров'я громадян. Обґрунтовано необхідність доповнення застосовуваного в Україні комплексу дій ППД психологічними практиками нейтралізації гострого стресового розладу (далі – ГСР) та запобігання посттравматичному стресовому розладу (далі – ПТСР) у постраждалих.

У третій частині методичних рекомендацій у контексті реалізації державної стратегії охорони психічного і психологічного здоров'я та формування конструктивних форм поведінки у НС запропоновано трирівневу систему ППД. Описано структуру та алгоритми дій психологічної підтримки учасників освітнього процесу. Наголошується на важливості реалізації психологічної підтримки спеціалістами у сфері охорони здоров'я – психологами, психотерапевтами.

ЧАСТИНА 1. Психологічна підтримка постраждалих

індивідуальних і колективних суб'єктів у надзвичайних ситуаціях

Забезпечення процесу надання психологічної підтримки постраждалим індивідуальним і колективним суб'єктам у НС є послідовністю дій, що реалізується немедичними працівниками¹. У системі освіти завдання запобігання негативним наслідкам НС та їх подолання покладається на працівників соціальних центрів та психологічних служб, цілеспрямована підготовка яких має забезпечувати опірність територіальних громад імовірним загрозам життю і благополуччю їхніх членів – дітей, батьків, педагогів. Тому поширення в громадах новітніх технологій щодо запобігання наслідкам негативних подій – порушення психологічної, соціальної, фізичної та інших видів безпеки їхніх членів – сприятиме подоланню наслідків НС, збереженню психічного і психологічного здоров'я громадян та координації дій психологічної підтримки в системі освіти.

Питання, що постають і вимагають вирішення у НС, мають універсальну природу у всьому світі. *По-перше*, це наслідки кризових зсувів соціального і природного походження, *по-друге*, це благополуччя і здоров'я людей. На сьогодні Спеціальна ініціатива ВООЗ до станів, що опосередковують здоров'я, відносить психічні, неврологічні розлади і розлади, пов'язані з уживанням психоактивних речовин, ризик суїциду і пов'язані з ним психосоціальні,

¹Згідно з Порядком надання психологічної підтримки постраждалим від надзвичайної ситуації (2014) термін «надзвичайна ситуація» вживається в такому значенні: це обстановка на окремій території чи суб'єкті господарювання на ній або водному об'єкті, яка характеризується порушенням нормальних умов життєдіяльності населення, спричинена катастрофою, аварією, пожежею, стихійним лихом, епідемією, епізоотією, епіфітотією, застосуванням засобів ураження або іншою небезпечною подією, що призвела (може призвести) до виникнення загрози життю або здоров'ю населення, великої кількості загиблих і постраждалих, завдання значних матеріальних збитків, а також до неможливості проживання населення на такій території чи об'єкті, провадження на ній господарської діяльності.

когнітивні та інтелектуальні порушення. Водночас поняття *здоров'я* трактують як повне фізичне, психічне та соціальне благополуччя, а не стан, коли в людини немає хвороби (або недугів). Для підвищення обізнаності щодо збереження психічного і психологічного здоров'я громадян в умовах НС 10 жовтня 2016 року під час проведення Всесвітнього дня психічного здоров'я за ініціатииви ВООЗ та Всесвітньої федерації психічного здоров'я² було конкретизовано змістове наповнення категорії *перша психологічна допомога* (ППД) у сучасних умовах (World Health Organization, 2016). Власне, ППД, яку ще із 40-х років ХХ ст. трактували як самостійний процес, за рекомендаціями міжнародних рухів та організацій (таких як IASC, NCTSN, NCPTSD, NIMH, NICE, SP, TENTS project) набула в еталонних документах дещо іншого значення (World Health Organization, 2016). З одного боку, це дії, спрямовані на підтримку людей, що пережили травматичні події і, можливо, перебувають у важкому стані, а з другого – це системний елемент загального реагування, який є суспільною формою доступної підтримки професіоналами (психологами) і непрофесіоналами, що надається в перші години та дні надзвичайних і кризових ситуацій й охоплює дії щодо захисту постраждалих (World Health Organization, 2016; Latika, 2017; World Health Organization, 2019). ППД було включено у зміст готовності до НС як пересічних громадян, так і спеціалістів певного профілю (психологів, учителів, пожежників, поліцейських, медичного персоналу тощо).



Отже, ППД як системний елемент загального реагування, як складник готовності до НС, як частина системи охорони психічного здоров'я в міжнародному просторі набула значення *процесу реалізації психологічної і соціальної підтримки*.

З огляду на чинні на міжнародному рівні стандарти, рекомендації ВООЗ щодо охорони здоров'я зазначимо, *по-перше*, що порядок дій допомагальних осіб у НС вибудовується згідно із системним підходом до виявлення,

²Всесвітня федерація психічного здоров'я (World Federation for Mental Health) – міжнародна багато професійна неурядова організація, що об'єднує волонтерів – громадян і колишніх пацієнтів.

оцінювання та зменшення сили дії травматичних факторів, профілактики порушень благополуччя і гіпотетичної готовності громадян до НС. За такої умови затверджені стратегії допомоги людям (MHPSS, DRR) розгортаються в сучасному світі в єдиному напрямку – *запобігання наслідкам НС та їх нейтралізації*. По-друге, ВООЗ вирішує завдання визначення фізичних, соціальних, економічних та екологічних ризиків для суспільної системи й окремих осіб і встановлення детермінант уразливості суспільства в НС (стан навколишнього середовища та психічного здоров'я громадян, психосоціальні стресори, насильство, конфлікти, хвороби, бідність тощо) (Tsutsumi, Izutsu, & Ito, 2015; WHO. International Health Regulations (2005), 2016; IASC Inter-Agency Standing Committee, 2021; IASC Operational Policy and Advocacy Group, 2021).

Відповідно до Спеціальної ініціативи ВООЗ щодо психічного здоров'я у світі в політичний простір понад 70-ти країн (серед яких Україна) і територій, що презентували пріоритет вирішення питань психічного і психологічного здоров'я, упроваджуються стратегічні позиції щодо розповсюдження нормативів і технічних пакетів, дієвих у конкретних умовах, забезпечення тісної співпраці з відповідними державними відомствами і партнерами, а саме:

- налагоджуються контакти на місцях з окремими людьми із життєвим досвідом подолання наслідків НС і забезпечення ППД, мережами та асоціаціями фахівців (учителів, соціальних працівників, психологів, медиків), закладами вищої освіти та установами ООН тощо;

- вибудовується система співпраці і координації, спрямована на підтримку психічного і психологічного здоров'я та якості життя, формування політики (стратегій, законів) збереження психічного і психологічного здоров'я та безпеки і впровадження в дію міжнародних стандартів у сфері прав людини (серед яких і стандарт ППД у НС);

- використовуються напрацювання у сфері здоров'я, які вже діють у різних державах, та вивчаються інституційні умови, природні і національні особливості, потреби населення та перепони в розширенні послуг охорони здоров'я) (The WHO Special Initiative for Mental Health (2019–2023), 2019).

Що ж до розгортання підтримки психічного і психологічного здоров'я та запобігання психосоціальним ризикам НС у нашій державі, то зазначимо, що в «Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні» (далі – Концепція) на період до 2030 року наголошується на реалізації стратегії, що є продовженням практик радянської системи – з усіма її перевагами та недоліками (Концепція розвитку охорони психічного здоров'я., 2017). А саме: послідовність дій щодо допомоги в НС в Україні вибудовується переважно на основі біомедичних підходів і реалізується зазвичай у стаціонарних відділеннях психіатричних та наркологічних закладів.

Поступове оновлення підходів надання допомоги знайшло своє відображення в завданнях Концепції:

- підвищення рівня обізнаності щодо психічного і психологічного здоров'я в суспільстві, що сприятиме своєчасному зверненню по професійну допомогу;

- удосконалення національного законодавства у сфері психічного здоров'я та порушення прав людей з проблемами психічного здоров'я;

- утворення системи профілактики психічних розладів та популяризації психічного здоров'я;

- удосконалення регулювання діяльності у сфері охорони психічного здоров'я;

- поліпшення кадрового забезпечення психологами, психотерапевтами, соціальними працівниками та іншим фахівцями, що залучаються до надання допомоги у сфері психічного здоров'я;

- удосконалення системи формування та підтримки професійних компетентностей фахівців у сфері психічного здоров'я та інших суміжних професій;

- системне впровадження галузевих і міжгалузевих стандартів у сфері охорони психічного здоров'я та контролю якості допомоги в зазначеній сфері;

– розвантаження спеціалізованих закладів охорони здоров'я та інтернатних закладів системи соціального захисту щодо допомоги у сфері психічного здоров'я;

– забезпечення доступної психологічної і психотерапевтичної допомоги;

– створення служб, які б базувалися на рівні територіальних громад, реабілітаційних і соціальних послуг та систем підтримки працевлаштування та зайнятості, підтримки проживання;

– розроблення ефективної системи підтримки сімей, що доглядають за особами із психічними захворюваннями;

– розвиток кризової психологічної допомоги та програм раннього втручання на рівні територіальних громад;

– розширення використання сучасних технологій, методів та процедур оцінювання у сфері психічного здоров'я та надання допомоги особам із проблемами психічного здоров'я під час надання первинної медичної допомоги;

– використання диференційованого підходу до надання допомоги у сфері охорони психічного здоров'я з урахуванням потреб різних груп суспільства та зняття обмежень щодо участі і залучення осіб із психічними та інтелектуальними порушеннями та членів їхніх сімей до планування допомоги, її реалізації та оцінювання;

– забезпечення ефективного адміністрування та моніторингу у сфері охорони психічного здоров'я, координації між державними органами в наданні допомоги особам із проблемами психічного здоров'я.

Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні спрямована на поступове формування цілісної ефективної системи психологічної допомоги, що передбачає приведення інструментів її реалізації у відповідність до територіальних, національних особливостей і міжнародних стандартів. Згідно із завданнями Концепції щодо забезпечення конструктивної поведінки постраждалих у НС науковий колектив лабораторії психології політико-правових відносин ІСПП НАПН України спрямував свої зусилля на пошук

засобів зниження ризиків щодо виникнення психічних, психологічних і соціальних ускладнень та пошук форм підтримки психологічної стійкості громадян. Також науковці брали до уваги міжнародний і вітчизняний досвід: з одного боку, апробовані на міжнародному рівні алгоритми дії в НС, а з другого – особливості сучасних умов життєдіяльності.

ЧАСТИНА 2. Рекомендовані дії, показання до надання першої психологічної допомоги постраждалим у надзвичайних ситуаціях та інструменти її реалізації

З огляду на прийняті в міжнародному правовому полі стратегії конструювання і використання технологій охорони здоров'я громадян алгоритми реагування на нагальні проблеми та управління поведінкою учасників НС поступово заміщуються проактивними формами – вибудовуванням запобіжної системи управління ризиками та посиленням стійкості суспільства до НС. Це стає логічною підставою для розроблення стратегій, спрямованих на досягнення *мети системи охорони здоров'я в сучасному світі* – запобігання виникненню комплексу варіативних проблем, що потребують негайного розв'язання, та усунення чи зниження негативних впливів НС на здоров'я громадян (IASC Inter-Agency Standing Committee, 2021; Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres 2015–2030, 2015). Незважаючи на вагомі здобутки на шляху до зростання ефективності технологій у сфері охорони здоров'я та управління НС, потреба в осучасненні корекційно-розвивальних практик зняття гострого стресу, психологічної та психотерапевтичної допомоги в НС не втрачає своєї актуальності.

У методичних рекомендаціях, які ми пропонуємо, практики психологічної і соціальної підтримки вибудовуються в контексті *підходу зниження ризиків негативних впливів НС і сприяння розвитку індивідуальних і колективних суб'єктів*. На основі зіставлення рекомендованої ВООЗ матриці дій у НС та емпірично підтверджених дієвих практик, відповідно до територіальних і ментальних особливостей населення України визначено дії, які можна вважати конструктивними в сучасному просторі, показання щодо

необхідності надання першої психологічної допомоги постраждалим у НС та інструменти її реалізації.

Пропоновані методичні рекомендації щодо надання ППД у НС розроблялися для *учасників освітнього процесу*: педагогів ЗЗСО, ЗПТО, ЗВО педагогічного профілю; осіб, що підвищують кваліфікацію в закладах післядипломної педагогічної освіти; практичних психологів ЗЗСО і ЗПТО; практикуючих соціальних педагогів і вихователів; студентів та аспірантів, що вивчають дисципліни соціально-психологічного профілю; фахівців психологічної служби системи ДСНС. *Мета* методичних рекомендацій – підвищення психологічної готовності учасників освітнього процесу до ефективних дій у НС у межах територіальної громади та забезпечення ефективного залучення працівників психологічних служб системи освіти до вирішення завдань профілактики та мінімізації негативних психологічних наслідків ситуацій, що становлять загрозу для психологічної, фізичної чи соціальної безпеки громадян. Складаючи рекомендації, ми спиралися на чинні міжнародні стандарти і рекомендації щодо охорони здоров'я у НС. Але, щоб забезпечити ефективність ППД в наших умовах, ми, використовуючи міжнародні практики дій у НС як універсальний підхід, водночас провели їх контекстуальну адаптацію до умов життєдіяльності наших громадян, законодавчої та нормативно-правової бази України щодо діяльності психологів і фахівців сфери цивільного захисту та охорони здоров'я. Крім того, вибудовуючи практики ППД в умовах НС, ми брали до уваги результати аналізу співпраці сторін, зацікавлених перебігом виконання завдань експерименту всеукраїнського рівня за темою «Розробка системи підвищення психологічної готовності учасників освітнього процесу до дій у разі загрози, виникнення і подолання наслідків надзвичайної ситуації». Безперечною перевагою запропонованих практик ППД в умовах НС є можливість їх використання як поелементно, так і в комплексі, залежно від ситуації і запитів суб'єктів, які потребують допомоги, та суспільних зобов'язань зацікавлених сторін (табл. 1).

Функціонал зацікавлених сторін у надзвичайних ситуаціях

| Зацікавлена сторона | Ролі (функціонал) |
|--|--|
| Учасники освітнього процесу | Виявлення потреби громади та можливості співробітництва з державними/недержавними організаціями щодо управління потенційними і наявними ризиками у НС; виявлення проблем щодо психологічного і психічного здоров'я у представників громади для організації системної допомоги і підтримки в умовах НС |
| Індивідуальні та колективні суб'єкти різних вікових і соціальних груп | Конструктивна поведінка в надзвичайних та небезпечних ситуаціях; сприяння психологічній безпеці учасників освітнього процесу (учнів, батьків, педагогічного колективу) |
| Територіальна громада | Запобігання ризикам та управління ними в НС; підготовка вразливих груп населення (дітей, осіб з обмеженими можливостями, людей похилого віку тощо) до НС |
| ЗЗСО, ЗПТО, ЗВО, ЗППО, НДЦ, соціальні служби, психологічні служби системи ДСНС | Системна допомога і підтримка осіб, що мають проблеми із психологічним та психічним здоров'ям; забезпечення умов безпечного середовища для вразливих груп населення; реалізація «дорожніх карт» взаємодії психологічної служби освіти з ДСНС у разі загрози і виникнення НС; розроблення рекомендацій та поширення інформації на всіх рівнях суспільної взаємодії щодо запобігання ризикам НС і подолання їхніх наслідків |
| Державні органи та органи місцевого самоврядування | Розроблення (державними органами) стратегій дії у НС, що відповідають контекстуальним особливостям та умовам життєдіяльності; використання (органами місцевого самоврядування) повноважень та бюджетів для нормалізації умов життєдіяльності та пом'якшення наслідків у НС різного типу |
| Центральні органи виконавчої влади України | Популяризація психологічного та психічного здоров'я; розроблення механізмів управління НС та системи координування ризиками; співпраця з міжнародними організаціями у сфері охорони здоров'я, запобігання ризикам і подолання наслідків НС |
| Медіа і диджитал-агентства | Презентація перебігу НС у засобах масової інформації та поширення необхідної інформації щодо ризиків і засобів подолання наслідків НС; технічна підтримка постраждалих у подоланні наслідків НС; інформаційна підтримка вразливих верств населення в умовах НС |

З огляду на те, що ППД є комплексом умінь та навичок, необхідних для підтримки постраждалих у НС, пропонувані в методичних рекомендаціях дії психологічної допомоги формувалися відповідно до провідних ролей (функціоналу) зацікавлених сторін (освітян) та пріоритетів міжнародних стандартів охорони здоров'я³:

Пріоритет 1: Розуміння ризиків можливих лих.

Пріоритет 2: Зміцнення систем управління ризиками можливих лих з метою зменшення цих ризиків.

Пріоритет 3: Інвестиції в діяльність зі зниження ризиків можливих лих для досягнення стійкості.

Пріоритет 4: Підвищення готовності до можливих лих (НС) з метою ефективного реагування, а також відновлення, реабілітації та реконструкції за принципом «краще, ніж було».

Щодо дій ППД відповідно до Пріоритету 4 бралось до уваги те, що нестабільність (технологічна, природна тощо) сучасного світу зумовлює необхідність застосування запобіжних заходів щодо зниження ризиків виникнення НС, підготовки громадян до ефективного реагування на них і відновлення на всіх рівнях. Водночас реалізація практик відновлення, реабілітації та реконструкції має спиратися на готовність до того чи того стихійного лиха, адже втілити в життя принцип «зробити краще, ніж було» можна завдяки об'єднанню заходів щодо зменшення ризиків можливих лих із заходами щодо забезпечення розвитку.

Розробляючи корекційно-розвивальні практики, ми спиралися на апробовані в міжнародному просторі *основні дії* (MHPSS, DRR), сформульовані Довідковою групою з питань психічного здоров'я та Міжвідомчим постійним комітетом з питань психосоціальної підтримки (IASC) партнерів ООН (Marco de Sendai para..., 2015), і на зазначені вище пріоритети:

³Описані в Сендайській рамковій програмі зі зменшення ризиків лих на 2015–2030 рр. (Marco de Sendai para..., 2015).

– виявлення та оцінювання ризиків, пов'язаних зі здоров'ям і психічним здоров'ям;

– інвестиції в систему психіатричної допомоги шляхом нарощування місцевого потенціалу та забезпечення функціонування систем регулярного клінічного спостереження;

– інтегрування дій щодо збереження психічного здоров'я і психологічної підтримки (MHPSS) у системі медико-санітарної допомоги;

– підвищення потенціалу шкіл щодо збереження психічного здоров'я і психологічної підтримки (MHPSS) громадян та сприяння зменшенню ризиків катастроф (DRR);

– створення інклюзивних шкільних комітетів зниження ризиків катастроф (DRR), яким у разі потреби доручається планування і підвищення рівня обізнаності щодо дій у таких ситуаціях;

– координація та проведення тренувань і навчань з евакуації для підвищення готовності до НС;

– виявлення та оцінювання ризиків порушення прав людини (особливо щодо вразливих груп);

– проведення захисних заходів під керівництвом громади (IASC Operational Policy and Advocacy Group, 2021; Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015–2030; IASC Inter-Agency Standing Committee, 2021).

Доречно згадати, що для зміцнення потенціалу протидії цивільного населення країни можливим лихам – підтримки і сприяння нормалізації стану психологічного і психічного здоров'я, відповідно до прийнятих у світовому масштабі стандартів модель ППД було взято як таку, що розгортається як елемент державної системи збереження здоров'я окремих людей і спільнот. Наголосимо, що *в українськомовному просторі процедура надання ППД протягом останніх десятиліть реалізується переважно відповідно до алгоритму послідовних дій ALGEE (What We Do...) навчальних програм МНФ:*



– **Assess for risk of suicide or harm** – Оцініть ризик самогубства або заподіяння шкоди;

– **Listen nonjudgmentally** – Слухайте без упереджень;

– **Give reassurance and information** – Дайте впевненість (підтримку) та інформацію;

– **Encourage appropriate professional help** – Намагайтеся забезпечити відповідну професійну допомогу;

– **Encourage self-help and other support strategies** – Заохочуйте до самодопомоги та інших стратегій підтримки (Перша психологічна допомога, 2017a; Перша психологічна допомога, 2017b; Чернобровкіна, & Гірник, 2017; Керівництво МПК із психічного здоров'я, 2017; Основи реабілітаційної психології..., 2018; Соціально-психологічні технології..., 2019)⁴.

Послідовні дії ALGEE (табл. 2) реалізуються згідно з принципами IFRC та відповідно до вимог ситуації: «Look, Listen and Link» – «Дивитися, Слухати і Об'єднувати» (International Federation of Red Cross..., 2018; International Federation of Red Cross..., 2018).

Згідно з принципом «Дивитися» особи, які надають допомогу, мають дотримуватися конструктивних форм поведінки, а саме: з повагою до потерпілих збирати / отримувати інформацію про те, що відбулося і відбувається, конкретизувати кількість постраждалих, відстежувати (постійно, неодноразово) наявність ризиків для психічного і психологічного здоров'я людей в умовах НС. На підставі отриманих даних вибудовують тактику подальших дій щодо досягнення безпеки, адже перебування постраждалих в умовах, що становлять загрозу, перешкоджає наданню допомоги і знижує її результативність. На основі даних про фізичний стан постраждалих у разі потреби надають домедичну допомогу чи виконують роль посередників, якщо треба звернутися по допомогу до медичних фахівців. Оцінюють потреби постраждалих та вирішують питання задоволення цих потреб (як базових – у їжі, воді, одязі, теплі, так і потреб суспільного плану – інформаційної,

⁴ Переклад наш.

юридичної, медичної тощо). З'ясовують, чи відповідає емоційне реагування постраждалих контексту НС, і намагаються забезпечити їм прийняття і підтримку. У разі прояву симптоматики психічних розладів (безсоння, дезорієнтація, деструктивна поведінка тощо) особи, які надають допомогу, виконують роль модераторів у налагодженні контактів із професіоналами, які можуть забезпечити надання допомоги у сфері психічного і психологічного здоров'я (Про затвердження порядків надання..., 2014; Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів..., 2019; Екстрена медична допомога..., 2019; Про удосконалення підготовки..., 2017; Домедична допомога на місці події..., 2020).

Таблиця 2

Спрямування дій першої психологічної допомоги

| Спрямування дії | Завдання дії |
|-----------------|--|
| Дивитися | <ul style="list-style-type: none"> – зібрати інформацію про те, що відбулося і відбувається; – визначити коло осіб, які потребують допомоги; – конкретизувати ризики щодо безпеки і захисту; – оцінити фізичне здоров'я (травмування/хворобу); – конкретизувати безпосередні потреби; – оцінити емоційне реагування (відповідність контексту НС). |
| Слухати | <ul style="list-style-type: none"> – підійти до особи, яка потребує допомоги; – познайомитися з нею, почавши із самопрезентації; – налагодити контакт і активне слухання; – прийняти почуття інших; – заспокоїти людину, яка потрапила в біду; – запитати в потерпілого про його потреби, проблеми; – допомогти особам, які потрапили в НС, задовольнити свої нагальні потреби та допомогти у вирішенні посталих проблем. |
| Об'єднувати | <ul style="list-style-type: none"> – надати постраждалим доступ до інформації; – допомогти їм зв'язатися з близькими, отримати соціальну підтримку; – допомогти у вирішенні практичних завдань; – допомогти долучитися до системи послуг та інших видів допомоги |

Принцип «Слухати» вступає в дію одразу ж після налагодження первинного контакту з постраждалими. Завдяки активному слуханню особи, які надають допомогу, диференціюють відчуття і потреби потерпілих (Robertson, 2005); з повагою до людини, спокійно і зосереджено, вони спрямовують свої зусилля на підтримання спокою і гарантування безпеки, запобігаючи поширенню паніки і посиленню дистресу. Відповідно до алгоритму, який пропонує Керівництво з надання ППД для Товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця, особи, які надають допомогу, використовують активне слухання за умови здатності зберігати власний спокій і витримку (у поведінці, голосових інтонаціях під час спілкування) (A Guide to Psychological First Aid..., 2018).

Активне слухання – елемент психотерапевтичного впливу – передбачає:

- наближення до потерпілих;
- знайомство (самопредставлення);
- пропозицію представитися потерпілому, назвати організацію, до якої він належить;
- забезпечення умов, за яких відволікальні фактори, телефонні дзвінки не заважатимуть зосередженому спілкуванню з постраждалими;
- налагодження контакту «очі в очі» (якщо це є культурно прийнятним для постраждалих) та перехід на єдиний рівень розташування в просторі, положення тіла (особи, які надають допомогу, можуть опуститися навколішки, стати на коліна тощо; якщо це треба і доречно, можуть кивнути, доторкнутися до руки, плеча потерпілого для формування відчуття захисту і єднання);
- використання уточнювальних запитань щодо ситуації і необхідної допомоги (особи, які надають допомогу, перефразовують і резюмують своїми словами сказане постраждалою людиною).

Достовірність активного слухання передбачає, що в осіб, які надають допомогу, не може бути суб'єктивних суджень щодо «правильних/неправильних» реакцій та відчуттів інших; упередженого ставлення до людей (адже в незвичній, екстремальній ситуації постраждали

можуть поводитися або почуватися не так, як у стабільних умовах: можливі сильні фізичні і психологічні реакції – тремор кінцівок, дезорієнтація, утруднене дихання, прискорене серцебиття тощо).

Під час налагодження контакту за допомогою активного слухання головне завдання осіб, які надають допомогу, – переконати постраждалих, що про них турбуються і що метою ППД є забезпечення гуманної підтримки в кризовій ситуації. У процесі діалогу постраждалим надається необхідна інформація; визначається, яка допомога їм потрібна, задоволення яких потреб є пріоритетним, що необхідно для гарантування безпеки і доброго самопочуття тощо.



Що ж до принципу «Об'єднувати», то тут зазначимо, що саме завдяки наданій інформації постраждалі отримують доступ до ресурсів, необхідних для вирішення проблемних питань і задоволення своїх нагальних потреб. Крім того, з огляду на те, що ППД є лише первинною допомогою, яка надається протягом короткого часу, фахівці, які надають таку допомогу, спрямовують свої зусилля на відновлення у постраждалих відчуття контрольованості ситуації, володіння інформацією щодо НС, засобів забезпечення власної безпеки, шляхів виходу з кризи, психологічної просвіти, необхідної для врегулювання реакцій на стресову НС, і підготовки до розгортання подальших подій чи запобігання можливим наслідкам.

Згідно з усталеною міжнародною практикою **послідовність вирішення завдань тріади «Look, Listen and Link» («Дивитися, Слухати і Об'єднувати»)** можна представити у восьми основних діях підтримки з боку нефахівців у сфері психічного здоров'я. Важливо наголосити, що ППД у світі використовується як комплекс заходів щодо зменшення первинного посттравматичного дистресу та сприяння коротко- і довгостроковому адаптаційному функціонуванню в умовах НС. Водночас саме запити постраждалих у НС опосередковують часові витрати і послідовність виконання дій особами, які надають допомогу:

- 1) налагодження контакту і взаємодії (contact and engagement);
- 2) сприяння безпеці та комфорту (safety and comfort);
- 3) стабілізація стану (stabilization);
- 4) збирання інформації (information gathering);
- 5) практична допомога (practical assistance);
- 6) налагодження зв'язків задля соціальної підтримки (connection with social support);
- 7) інформування про підтримку в подоланні труднощів (information on coping supports);
- 8) налагодження взаємодії із суміжними службами (linkage with collaborative services)⁵ (Ruzek et al., 2007).

Відтак розкриймо зміст кожної з дій більш детально.

Дія перша: налагодження контакту і взаємодії (*contact and engagement*).

Мета: відповідати на запити постраждалих або ініціювати контакти в ненав'язливий, співчутливий, підтримувальний спосіб.

Завдання дії: обережно, з повагою до особливостей, норм і правил культурного середовища, не поспішаючи вибудовувати контакти для забезпечення конструктивної взаємодії:

- (а) із постраждалими (індивідуально чи з групою), які їх потребують;
- (б) із людьми, які демонструють емоційну нестабільність (перепади настрою, імпульсивні вчинки і слова, втрату самоконтролю);
- (в) із сім'єю (з представником сім'ї / з дітьми).

Безперечно, постраждалим потрібен час, щоб налаштуватися на прийняття допомоги, формування довіри; з дітьми контакт налагоджують переважно після отримання дозволу батьків/опікунів; бажано зберігати конфіденційну інформацію, хоч це не завжди можливо і доречно.

Приклад того, як можна зав'язати бесіду з дорослим:

Вітаю! Мене звати _____. Я працюю з _____, намагаюся зрозуміти, як справи і чим можу допомогти. Чи можу я поговорити кілька

⁵Переклад наш.

хвилин з тобою(з Вами)? Ти(Ви) можеш(-те) сказати, як тебе(Вас) звати? Пан(пані), перед розмовою, може, у Вас є якісь побажання (хочете пити, Вам холодно)?

Приклад початку бесіди з дитиною (прийняти позу на рівні очей дитини, привітно звернутися до неї): *Привіт! Я зараз тут для того, щоб тобі допомогти. Як тебе звати? Чи тобі щось потрібно, прямо зараз? Дивись, ось там є речі, які тобі можуть знадобитись (вода, їжа, одяг, іграшки тощо).*

Дія друга: *сприяння безпеці та комфорту постраждалих (safety and comfort).*

Мета: підвищити безпеку постраждалих і забезпечити їм фізичний та емоційний комфорт.

Завдання дії: сприяти зменшенню стресу і стурбованості у постраждалих; подбати про їхнє інформування; надати допомогу в пошуку близьких.

Для досягнення умовного стану комфорту і безпеки постраждалих особи, які надають їм допомогу, мають сприяти задоволенню їхніх вітальних потреб у самозбереженні, самопідтримці, в отриманні інформації та знаходженні безпечного місця перебування. Для цього використовують доступні соціально-психологічні та матеріальні ресурси, соціальні контакти (з медиками, родичами та ін.). У разі виникнення проблем медичного плану особи, які надають допомогу, зв'язуються з працівниками відповідного фаху чи підрозділами забезпечення першої медичної допомоги. Вирішують по змозі питання щодо безпечного переміщення, температури і якості повітря, освітленості, наявності речей першої необхідності, іграшок (для дітей), меблів тощо.

Дітей і підлітків розміщують поряд із дорослими чи (емоційно стабільними) однолітками, вони отримують пояснення щодо НС і реакцій людей. Якщо йдеться про дитину без супроводу, то роблять запит у відповідні інстанції щодо її імені, батьків/опікунів, родичів, адреси проживання, школи тощо. Дітям у зрозумілій формі подають інформацію про ситуацію, про людей/організації, що надають допомогу, майбутні тактики поведінки. Для

допомоги дітям залучають вихователів/учителів, які мають досвід роботи з дітьми різного віку. Організують простір, обладнаний необхідним для дітей інвентарем (іграшки, папір, книжки, канцелярські прилади, настільні ігри тощо). Водночас доступ молодших дітей до травматичних повідомлень засобів масової інформації, контакт із представниками ЗМІ переважно обмежують, але підліткам надають право вибору брати чи не брати участь в інтерв'юванні. Якщо потрібно, дитині надають допомогу в пошуку рідних, близьких людей, для чого залучають ЗМІ, інформаційні агентства тощо. До відома дорослих доводять, що державна влада, місцева адміністрація роблять усе можливе, щоб допомогти громадянам в умовах НС. Якщо треба відшукати зниклих членів родини, опрацьовують план дій щодо звернення в певні інстанції, збирають дані/контакти, конкретизують проблеми, що заважають пошукам. Для роботи з дитиною, неврівноваженою людиною залучають фахівців, які володіють знаннями про конструювання співбесіди в стресових умовах.

Якщо людина втратила близьких, особи, які надають допомогу, мають брати до уваги культурні, територіальні особливості постраждалого, його релігійні настановлення, традиції; варіативність реакцій горювання, розуміння смерті (важкої хвороби); вимушений перерозподіл відповідальних ролей у сім'ї.

Важливо: працюючи з постраждалими, розуміти, що вони відчують; звернутися до фахівців у разі виникнення ускладнень із фізичним здоров'ям, психічним станом; подбати про соціальну підтримку (з боку родини, друзів, близьких), попередити людей у разі виникнення загрози їхній безпеці.

Дія третя: *стабілізація стану (stabilization (if needed)).*

Мета: стабілізація емоційного стану постраждалих.

Завдання дії: надати емоційну підтримку та означити орієнтири подальших дій.

Виконуючи третю дію, особи, які надають допомогу, аналізують стан постраждалих щодо травматичного впливу НС на їхню психічну діяльність (Додаток Б. 2, Практики В). Зважаючи на те, що в НС природні психоемоційні

реакції стресу, психічної напруги нетривалі в часі, не впливають на здатність людей працювати, комунікувати, критично оцінювати власну поведінку, лише в разі констатації у них психопатологічних розладів емоційного стану особи, які надають допомогу, звертаються до фахівців (психологів, психіатрів, медиків).

Коли ж у постраждалих наявні ознаки психотравматичного впливу НС, їм пропонують пройти в безпечне місце, де особи, які надають допомогу, можуть спокійно з ними поговорити, заспокоїти, визначити першочергові потреби та запропонувати допомогу (див. Додаток Б. 2, Практики В). Якщо поряд з батьками є дитина, доречно конкретизувати в дорослих, якої допомоги потребує дитина/родина.

Важливо:

(1) намагатися стабілізувати емоційний стан постраждалих за допомогою психологічних/психотерапевтичних технік (Додаток А. 1; Додаток А. 4);

(2) у разі погіршення самопочуття уточнити у постраждалих рекомендовані їм раніше приписи лікарів щодо оптимізації стану здоров'я (медичні препарати, режим харчування, дієта тощо);

(3) якщо постраждалі демонструють сильне збудження, схильні до поведінки, яка може загрожувати безпеці інших, треба звернутися до фахівців сфери охорони здоров'я для отримання рекомендацій щодо засобів компенсації гострих травматичних стресових реакцій.

Дія четверта: збирання інформації (*information gathering*).

Мета: визначення актуальних потреб і проблем постраждалих, збирання необхідної інформації для їх підтримки і надання їм необхідної допомоги.

Завдання дії: збирання інформації та ранжування наявних потреб і проблем постраждалих.

Щоб забезпечити ефективний вибір засобів ППД та належне планування майбутніх тактик підтримки, проблеми й актуальні потреби постраждалих піддають ранжуванню – від першочергових до таких, що можуть бути вирішені

найближчим часом. Для цього використовують перелік тематичних питань (Додаток А. 2), серед яких:

- особливості пережитого під час НС (які були загрози життю, тілесні ушкодження, емоційні реакції, як долали труднощі та ін.);
- втрати (що/хто постраждало (-в) під час НС, обставини втрати близьких людей, домашніх тварин, житла, майна тощо);
- загрози/проблеми (соціально-психологічне відновлення після НС, розлука з близькими, зміни в здоров'ї, чи є алко-/наркозалежність тощо);
- потреби в допомозі, у матеріальних/нематеріальних ресурсах (у пошуку близьких, у ліках відповідно до медичного анамнезу, у зв'язку з лікарем, у їжі, воді, пошуку житла, у поверненні додому, у «звичних» засобах самостабілізації тощо);
- стан (небезпека погіршення фізичного або психологічного стану, впадання в депресію, деморалізація, відчуття безнадії, суїцидальні думки);
- інформація (про установи, де раніше отримували допомогу; про досвід переживання НС; про події, що не відбулися через НС).

За результатами співбесіди здійснюють узагальнення і ранжування нагальних проблем постраждалих та уточнюють, чи потрібна їм медична/психологічна консультація.

Дія п'ята: *практична допомога (practical assistance).*

Мета: надання практичної допомоги постраждалим.

Завдання дії: складання плану реалізації практичної допомоги і задоволення наявних потреб чи розв'язання нагальних проблем.

Щоб вселити постраждалим упевненість у тому, що життя має перспективи поліпшення, їм надається інформація щодо ресурсів допомоги. На основі проведеного ранжування проблем/потреб постраждалих розробляють покроковий план їх вирішення і засоби його виконання (Додаток А. 2).

Крок перший. За допомогою консультантів постраждалі диференціюють потреби в переліку на такі, які необхідно задовільнити негайно, і такі, що можуть будуть задоволені найближчим часом (Додаток А. 2).

Крок другий. Обговорення з постраждалими сутності першочергових проблем/потреб та визначення засобів їх розв'язання/задоволення.

Крок третій. Постраждалі разом з особами, які надають їм допомогу, складають план дій щодо розв'язання проблем / задоволення потреб з огляду на доступну ресурсну базу.

Крок четвертий. Реалізація плану дій щодо розв'язання проблем / задоволення потреб.

Дія шоста: налагодження зв'язку щодо соціальної підтримки (*connection with social support*).

Мета: налагодження зв'язків постраждалих із суб'єктами допомоги.

Завдання дії: налагодження короткотривалих і довготривалих контактів із постраждалими; модерування їхніх зв'язків із фахівцями організацій соціальної підтримки та іншими джерелами допомоги.

Для підтримки емоційного благополуччя постраждалих та їхнього відновлення після НС особи, які надають допомогу, використовують різні форми *соціально-психологічної підтримки*. Це:

– *підтримка здоров'я:* модерування контактів із медичними фахівцями відповідного профілю в разі виникнення ускладнень зі здоров'ям (Додаток А. 3);

– *емоційна підтримка:* активне слухання без порад, оцінок, перебивання монологів; демонстрування емоційного прийняття постраждалих і розуміння їхніх проблем/потреб;

– *підтримка відчуття затребуваності:* демонстрування постраждалим їхньої важливості, цінності для інших; налагодження/відновлення соціальних контактів з оточенням (однолітками, співробітниками, родичами, культурними

та релігійними однодумцями та ін.); формування груп різновікової допомоги (діти і дорослі, молодші діти і підлітки та ін.) (Додаток А. 1; Додаток Б.1);

– *підтримка самооцінки*: переконування постраждалих у тому, що проявлена ними реакція на НС є природною і вони здатні впоратися із ситуацією; формування впевненості щодо їхньої спроможності подолати життєві негаразди; раціональне співвіднесення можливостей постраждалих із життєвими викликами та завданнями відповідно до потреб, соціальних і вікових особливостей;

– *соціальна підтримка*: налагодження взаємовідносин постраждалих в інформаційній, культурній, адміністративній площині; інформування постраждалих про стабільні канали зв'язку з особами, організаціями, установами, які надають допомогу (Додаток А. 3);

– *фізична допомога*: вирішення питань, що вимагають фізичних зусиль, наприклад транспортування (людей, тварин, речей), прибирання, годування тощо;

– *матеріальна допомога*: організація оформлення матеріальних виплат, сприяння забезпеченню вітальних потреб (самозбереження, самопідтримки) (Додаток А. 3).

Дія сьома: *інформування про підтримку в подоланні труднощів (information on coping supports).*

Мета: надання постраждалим інформації, необхідної для адаптивного функціонування.

Завдання дії: інформування постраждалих про психофізичні реакції в НС і способи їх корекції.

Для подолання дезорієнтаційного впливу НС постраждалим надається тематична інформація (Додатки Б, Практики С):

– про реакції на травматичні переживання і втрати (про типи стресових реакцій, динаміку їхніх змін; стан дистресу; про показання необхідності звернення до психологів/психотерапевтів; про типи посттравматичних

стресових реакцій; про реакції на стимули, що нагадують про НС; про першопричини розумового і фізичного виснаження; про психофізичні реакції горя, скорботи, втрат; депресію; деморалізацію);

– про особливості взаємодії в умовах НС з молодшими дітьми, підлітками, людьми похилого віку;

– про адаптивні дії подолання наслідків НС (дії, що зменшують тривожність, реагування на травматичні події) (Додатки А. 1);

– про методи виживання (в умовах і після НС) (Додатки А. 1; Додатки Б. 2, Практики С);

– про техніки релаксації (дихальні вправи, методи розслаблення тощо) (Додатки А. 1).

Дія восьма: налагодження взаємодії із суміжними службами (*linkage with collaborative services*).

Мета: налагодження системної допомоги постраждалим.

Завдання дії: розроблення дорожньої карти допомоги, керуючись якою постраждалі ухвалюють рішення щодо вибудовування подальших власних дій.

На основі виявлених проблем/потреб постраждалим пропонують інформацію про послуги допомоги, які надаються в Україні (медичні, психологічні, соціальні служби), координати їх отримання, засоби зв'язку з фахівцями та установами (Додаток А. 3).

Перед тим як перейти до розробленої системи першої психологічної допомоги учасникам освітнього процесу, ще раз наголосимо, що згідно з Концепцією в міжвідомчому просторі держави поступово вибудовуються *алгоритми* підтримки громадян, у яких передбачено використання у НС корекційно-розвивальних практик зняття гострого стресу та психодіагностики ГСР і ПТСР (Концепція розвитку охорони психічного здоров'я..., 2017). Водночас, як уже зазначалося, план дій із соціальної і психологічної підтримки здоров'я постраждалих у НС, узгоджений на міжнародному рівні, реалізується

згідно з основними позиціями допомоги: пріоритетів збереження психологічного здоров'я, алгоритмів запобігання ризикам НС і підвищення стійкості щодо психологічного/психічного здоров'я, соціальних потреб певних цільових груп (Marco de Sendai para a Redução..., 2015; A Guide to Psychological First Aid..., 2018; Ruzek, Brymer, Jacobs, Layne, Vernberg, & Watson, 2007). Саме тому для узгодження чинних міжнародних стратегій допомоги і вимог, що презентуються в законотворчому полі України, використовуваний у світі план основних дій ППД було доповнено відповідно до умов України практично-діагностичним інструментарієм та інформацією про систему захисту населення і територій України під час НС:

- дію третю доповнено психологічними/психотерапевтичними техніками стабілізації емоційного стану, зменшення тривожності, релаксації;

- дії четверту, п'яту, шосту доповнено переліками тематичних питань щодо особливостей пережитого під час НС, утрат, загроз/проблем; переліку потреб, задоволення яких є утрудненим; переліку матеріальних/нематеріальних ресурсів, які можуть отримати постраждалі; запропоновано карти діагностування психічного стану;

- дію сьому доповнено описом системи захисту населення і територій України в умовах НС.

Отже, у результаті адаптації базових міжнародних стратегій ППД до територіальних і ментальних особливостей населення України конкретизовано практики, які можуть реалізовуватися *непрофесіоналами у сфері охорони психічного здоров'я (не психологами)* для визначення необхідності звернення постраждалих по професійну допомогу та їхньої здатності до опанувальної поведінки, яка дає змогу за допомогою усвідомлених стратегій, відповідних щодо НС, долати життєві труднощі⁶.

⁶Стратегії ППД, запропоновані фахівцями Всесвітньої організації охорони здоров'я та Червоного Хреста.

ЧАСТИНА 3. Трирівнева система першої психологічної

допомоги учасникам освітнього процесу:

структура та алгоритми дій

Як уже зазначалося в другій частині, відповідно до узгодженої на міжнародному рівні послідовності дій ППД, підтримка здоров'я постраждалих у НС реалізується згідно із соціальною політикою держав щодо розширення або відновлення здатності громадян до соціального функціонування, водночас психологічна підтримка ментального здоров'я залишається недостатньою. Саме тому на основі результатів аналізу відповідності базових міжнародних стратегій ППД і рекомендованих ВООЗ практик територіальним і ментальним особливостям населення України було зроблено висновок, що для зменшення первинного посттравматичного дистресу та сприяння коротко- і довгостроковому адаптаційному функціонуванню в умовах НС *вісім основних дій* (соціальної підтримки, яка реалізується непрофесіоналами – не психологами) необхідно доповнити корекційно-розвивальною технологією психологічної підтримки. Адже внаслідок НС у громадян діагностуються ознаки як незначних стресових реакцій, так і психосоціальних порушень, і це обґрунтовує пропозицію введення у ППД технології підтримки, яку мають реалізовувати *психологи* (табл. 3).

На підставі того, що в ППД учасникам освітнього процесу задіяні, по-перше, професіонали-освітяни (викладачі, соціальні педагоги та вихователі, фахівці соціально-психологічної служби); по-друге, учні, студенти закладів освіти; по-третє, батьки, то практики допомоги було подано у вигляді системи взаємопов'язаних рівнів.

Таблиця 3

Трирівнева структура першої психологічної допомоги учасникам освітнього процесу

| Рівні першої психологічної допомоги | | |
|---|--|---|
| Суб'єкт/об'єкт ППД | Місце реалізації ППД | Практики ППД |
| Перший рівень ППД | | |
| Учасники освітнього процесу: учні, студенти, вчителі/викладачі, психологи і батьки | Заклад освіти і закріплені за ним території | Суб'єкт/об'єктні практики (реалізують постраждалі разом з особами, які надають допомогу): 1) оцінювання психічного стану; 2) регуляції і стабілізації психічного стану; 3) само- і взаємодопомоги; 4) інформування про засоби забезпечення безпеки |
| Другий рівень ППД | | |
| Учасники освітнього процесу: вчителі/викладачі, соціальні педагоги, психологи, адміністрація | Заклад освіти і закріплені за ним території (кабінет, місця розташування постраждалих), громада | Суб'єктні практики: 1) забезпечення безпеки і, якщо треба, організація переміщення постраждалих у місця безпечної дислокації (реалізують керівники закладів освіти – ректор, директор, завідувач); 2) діагностування стану постраждалих (реалізують фахівці сфери освіти – вчителі/викладачі / соціальні педагоги); 3) діагностування психічного стану постраждалих (реалізують фахівці у сфері психічного здоров'я – психологи) |
| Третій рівень ППД | | |
| Фахівці системної допомоги постраждалим: психологи, психотерапевти, медики, працівники соціальних служб | Зона психологічної служби (кабінет, місця розташування постраждалих) Установи системної допомоги (соціальні служби, пункти мобільної допомоги, лікарні) | Суб'єктні практики (реалізують фахівці у сфері психічного здоров'я – психологи): 1) психологічне консультування постраждалих із приводу наслідків НС (психічних реакцій, станів, психосоціальної допомоги); 2) обґрунтування необхідності направлення постраждалих до закладів охорони здоров'я (медико-психологічної реабілітації, спеціалізованих медичних установ); 3) формування висновків і рекомендацій для постраждалих / осіб, які надають допомогу, щодо перспектив збереження психічного і психологічного здоров'я в умовах (після) надзвичайної ситуації; 4) заповнення психологічної документації (картки психологічного супроводу); картка індивідуального супроводу |

Так, для розгортання психологічної роботи з вирішення питань, що виникають під час НС у постраждалих, на *першому рівні ППД* залучаються психологи, учителі/викладачі, батьки з учнями, студенти, які перебували (або перебувають) в епіцентрі подій. Передбачається, що особи, які надають допомогу, уже поінформовані, як за допомогою методу Jeffrey T. Mitchell *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD, в українськомовній практиці – метод дебрифінгу або одно- чи багаторазова слабоструктурована бесіда) підвищити стійкість постраждалих і сприяти формуванню у них конструктивної поведінки в умовах НС (Mitchell, 2004a; 2004b; Mitchell, & Bray, 1990; Mitchell, & Everly, 2001a; 2001b; Mitchell, & Everly, 1995).

Зазначимо, що якщо не вдалося забезпечити попередню підготовку осіб, які надають допомогу, щодо застосування методу, можна скористатися алгоритмом проведення дебрифінгу, представленим у додатках (див. Додаток Б 1).

Дебрифінг – метод мінімізації небажаних психологічних наслідків НС та запобігання розвитку посттравматичних стресових розладів – використовують у невеликих однорідних групах (до семи осіб), які зіткнулися з травматичною подією, ситуацією. Дебрифінг як техніку кризового втручання не вважають формою психотерапії. Він являє собою процес презентацій/опрацювання наративів постраждалих – «унікальних епізодів», що утворюють платформу для полегшення переживання/згадування НС та нормалізації стресових реакцій. Метод дебрифінгу використовують як ефективний інструмент в умовах, коли всі сторони ППД (і ті, хто допомагає, і ті, кому допомагають) переживають (чи переживали) НС, виявляють ознаки стресу, психічних порушень чи дисфункцій. У системах «дорослі – діти», «дорослі – дорослі» за допомогою групового обговорення НС і вербалізації пережитого проводять аналіз та оцінювання психічного стану (власного й оточення); опрацьовують практики саморегуляції і стабілізації; надають членам групи взаємодопомогу (через активне слухання) та інформацію про досягнення безпеки.

Під час дебрифінгу особи, які надають допомогу, намагаються реалізувати **мету першого рівня ППД:**

- пом'якшення психологічних наслідків НС;
- надання допомоги у відновленні адаптивних функцій психічно здоровим людям, що пережили травматичні події;
- виявлення постраждалих, які потребують додаткової підтримки і яких слід направити до фахівців відповідного профілю.



Щоб метод дебрифінгу дав позитивний ефект, на першому рівні ППД потрібно подбати про таке:

- навчання осіб, які надають допомогу, алгоритму CISD (дебрифінгу) (у разі потреби – використання алгоритму проведення процедури, що пропонується в Додатках);
- дотримання членами команди (психологом та асистентами) міжнародних стандартів CISD;
- формування невеликих однорідних груп учнів/студентів (за віком і набутим у НС досвідом);
- умовне дистанціювання постраждалих (фізичне і ментальне) від НС, зокрема здатність до об'єктивного/суб'єктивного дисоціативного аналізу НС, яка вже набула завершення чи вийшла з гострої фази розгортання;
- умотивованість постраждалих до взаємодії з групою допомоги.

Зазначимо, що на першому рівні допомоги проведення дебрифінгу не завжди є відправною точкою індивідуальної і групової роботи з постраждалими (див. Частина 2, *вісім основних дій ППД*). Відтермінування дебрифінгу не може бути перешкодою для досягнення позитивного ефекту. Справа в тому, що лише в наступні 24–72 години після гострої фази розгортання НС з'являється можливість зібрати невеликі групи для роботи зі стресом (на більш ранніх етапах НС особи, які надають допомогу, можуть мати додаткове навантаження, а постраждалі можуть бути психологічно не готовими до рефлексії (аналізу емоцій та почуттів, стану, можливостей, повідомлень тощо), тобто контекстуальні умови не дають змогу проводити психологічну роботу (Mitchell, & Everly, 2001b).

За допомогою методу дебрифінгу на першому рівні ППД вирішують такі завдання:

- само- і взаємооцінювання психічного стану (ознак і симптомів стресу/дистресу) та надання постраждалим допомоги в управлінні стресом;
- надання/отримання інформації про осіб, які потребують допомоги фахівців (медиків, юристів тощо);
- надання постраждалим інформації про установи, які надають допомогу (забезпечення потреб і розв'язання проблем);
- допомога постраждалим у вибудовуванні перспективи нормалізації психофізичного стану і формування у них упевненості в здатності до самоконтролю.

Другий рівень ППД. Для стабілізації стану і забезпечення безпеки постраждалих на другому рівні ППД суб'єкти, обізнані щодо негативних психічних реакцій та станів, спричинених НС, особливостей їхньої тривалості і динаміки, реалізують комплекс практик (див. Додаток Б. 2, практики А, В, С).

Практики А. Керівники закладів освіти згідно з нормативно-правовими документами України в умовах надзвичайної ситуації організують переміщення учасників освітнього процесу в місця безпечної дислокації (див. Додаток Б. 2, практики А).

Практики В. Згідно з рекомендованою С. А. Поліщук процедурою діагностування стану постраждалих, фахівці сфери освіти (учителі, викладачі, соціальні педагоги) конкретизують *неспецифічні особливості* реагування організму (мозку, ендокринної системи, автономної нервової системи, серцево-судинної системи, системи травлення, м'язів, шкіри тощо) на перебування людини в загрозованих для її життя і здоров'я ситуаціях та *специфічні особливості* сприйняття людиною психологічного часу (відображувально-поведінкової взаємодії людини з навколишнім світом як часової організації всієї психіки – від відчуттів і до особистості загалом) (див. Додаток Б 2, практики В) (Поліщук, 2009).

На підставі отриманих результатів виносять вердикт щодо психологічного (не) благополуччя, (не) доцільності звернення постраждалих до фахівців сфери психічного здоров'я.

Практики С. Психологи системи освіти (і ДСНС) проводять індивідуальне психологічне обстеження постраждалих, у яких за результатами *дебрифінгу* (перший рівень ППД) та *практик В* було виявлено ознаки і симптоми стресу/дистресу. Для отримання детальної інформації і формулювання психологічного висновку використовують, по-перше, метод бесіди у формі структурованого інтерв'ю (блоки запитань щодо особистих даних, відомостей про родину, стану здоров'я та психологічних показників, опису НС та поточних обставин); по-друге, комплекс методик психологічної діагностики стресових розладів (див. Додаток Б. 2, *практики С*)⁷ (Шапар, 2007).

Отже, на другому рівні ППД, з одного боку, відповідно до вимог чинного Законодавства України керівники закладів освіти реалізують стратегії безпеки учасників освітнього процесу; з другого – фахівці сфери освіти і охорони здоров'я проводять скринінг стану постраждалих, за результатами якого ухвалюють рішення про подальшу психологічну/психотерапевтичну роботу чи/або звернення до вузьких спеціалістів іншого профілю.

Третій рівень ППД. Реалізація практик *А, В, С* дає змогу перейти до диференціації психологічних проблем і психічних розладів, що можуть виникати внаслідок НС. На підставі отриманих психодіагностичних даних особи, які надають допомогу, ухвалюють рішення про (не) доцільність спрямування постраждалих до фахівців сфери охорони здоров'я для отримання *кризового психологічного консультування* (роботи з інтенсивними відчуттями тривоги, страху, паніки, агресії, деперсоналізації тощо), запобігання суїцидам, дезадаптації та виникненню посттравматичних розладів.

Щоб скласти уявлення про змістовий аспект кризової інтервенції і значущість вибору процедури кризового психологічного консультування,

⁷Для розроблення етапів формулювання висновку щодо психологічного обстеження використано порядок роботи, який запропонували О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська (2018).

зупинімося на трактуванні власне поняття «криза». Загалом кризу розглядають як спричинений надзвичайною ситуацією аномальний феномен, а саме: незаплановане розгортання життєвих подій, що ускладнює життєдіяльність людей, раптово змінює життєві сценарії, способи детермінації процесів подальшого розгортання життя, ролі особистості; може завершуватися як позитивно, так і негативно, супроводжується великими суперечностями, які людина не може самотійно і конструктивно розв'язати⁸ (Титаренко, 2003; Психологія життєвої кризи, 1998). Криза, як життєвий досвід НС, у разі перевищення психічних ресурсів особистості результується втратою стану рівноваги, порушує функціонування громади, що призводить до соціальних і психологічних втрат. Кризами з тривалими проявами і яскравим вираженням на психологічному та фізіологічному рівні можуть знаменуватися короткочасні події, стрес у постраждалих, отримана психологічна травма тощо (Lavers, 2012; Cohen, & Mannarino, 2015; Terblanche, & Wyk, 2014). Водночас варіативність реакцій на НС як травматичну подію опосередковується часом перебування в кризовій ситуації, соціокультурними особливостями постраждалих і наданою ППД у посткризовий період, адже всі травми спричинюються кризами, але не всі кризи призводять до травм. Тому своєчасна психологічна підтримка в умовах НС, диференціація постраждалих (виявлення осіб, що справді перебувають у кризовому стані, та осіб, що здатні самотійно впоратись із психічним навантаженням НС), вибір процедури, за якою буде реалізовуватися кризове консультування, – усе це сприяє запобіганню довгостроковим негативним змінам у психічному стані постраждалих (див. Додаток Б. 3) (Pau1, Ahmad, & Tang, 2020).

Отже, у процесі кризового консультування, коли йдеться про ППД, психологи/психотерапевти допомагають подолати наслідки НС; визначають потребу в направленні постраждалих до закладів охорони здоров'я (закладів медико-психологічної реабілітації, спеціалізованих медичних установ); формулюють висновки і рекомендації постраждалим / особам, які надають

⁸ Криза – від грец. *krisis* (рішення, перелом, важкий перехідний стан).

допомогу, щодо перспектив збереження психічного/психологічного здоров'я; оформлюють психологічну документацію (картки психологічного супроводу; картку індивідуального супроводу).

ЗАМІСТЬ ВИСНОВКУ

Завершуючи розгляд рекомендацій щодо надання першої психологічної допомоги в надзвичайних ситуаціях, звернімо увагу на те, що апробований у міжнародному просторі план дій із соціальної і психологічної підтримки здоров'я постраждалих (описаний у Частині 2) реалізується відповідно до основних позицій допомоги: алгоритмів запобігання ризикам НС, пріоритетів збереження психічного і психологічного здоров'я населення та підвищення його стійкості до негативних наслідків НС, задоволення соціальних потреб постраждалих. Розробляючи структуру та алгоритм дій, спрямованих на надання допомоги учасникам освітнього процесу в НС (Частина 3), ми брали до уваги прописані в міжнародних еталонних документах настанови, що перша психологічна допомога в конкретній державі може надаватися за міжнародними стандартами, але водночас вона має бути конкретизована відповідно до територіальних і ментальних особливостей населення країни. Саме тому запропонована трирівнева система психологічної підтримки стала, *по-перше*, продовженням апробованого комплексу восьми основних дій ППД, що застосовується в багатьох державах світу (в Україні також) непрофесіоналами у сфері охорони здоров'я; *по-друге*, основою вибудовування дій, добору показань до надання першої психологічної допомоги та інструментів її реалізації, які здійснювалися згідно із завданнями Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року; *по-третє*, в основу запропонованої трирівневої системи покладено ідею, що психологічну допомогу мають надавати фахівці у сфері психічного й психологічного здоров'я – підготовлені психологи (Концепція розвитку..., 2017).

Отже, відповідно до розробленої системи ППД, що надається учасникам освітнього процесу, на *першому* рівні методом дебрифінгу мінімізуються небажані психологічні наслідки НС для тих осіб, які зіткнулися з травматичною

подією, ситуацією. На *другому* рівні суб'єкти, які надають допомогу, вирішують завдання щодо безпеки життєдіяльності для здобувачів освіти (за нормативно-правовими документами законодавства України) та діагностування психологічного стану щодо (не) доцільності звернення постраждалих до фахівців сфери психічного здоров'я. На *третьому* рівні надається кризова психологічна допомога: здійснюється аналіз психологічних проблем і загроз щодо розвитку психічних розладів, визначається доцільність направлення постраждалих до закладів медико-психологічної реабілітації, спеціалізованих медичних установ тощо.

Запропоновані психологічні практики можна використовувати в комплексі ППД для нейтралізації гострого стресового розладу та подальшого запобігання можливому посттравматичному стресовому розладу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Агаєв, Н. А., Коқун, О. М., Пішко, І. О., Лозінська, Н. С., Остапчук, В. В., & Ткаченко В. В. (2016). *Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців*. Київ: НДЦ ГП ЗСУ.
2. Анастаси, А., & Урбина, С. (2002). *Психологическое тестирование*. Санкт-Петербург: Питер.
3. Блінов, О. А. (2018). Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу (ОС ПТСР). *Психологічний часопис*, 1(11), 26–37.
4. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*. (2013). № 34–35, Стаття 84. Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5403-17#Text>
5. Волянський, П. Б. (Ред.), Гриновський, А. М., Гур'єв, С. О., Долгий, М. Л., Дрозденко, Н. В., Кузьмін, В. Ю., & Стрюк, М. П. (2020). *Домедична допомога на місці події*. Херсон: Гельветика. <https://www.dsns.gov.ua/files/2020/5/19/112/%D0%9F%D0%9E%D0%A1%D0%86%D0%91%D0%9D%D0%98%D0%9A.pdf>
6. Герасименко, О. І., Герасименко, К. О., & Антонов, А. Г. (2017). *Судова медицина*. https://pidru4niki.com/89929/meditsina/rozladi_mislennya
7. *Гіперкінезія*. <https://educalingo.com/uk/dic-en/hyperkinesia>
8. Доскин, В. А., Лаврентьева, Н. А., Мирошников, М. П., & Шарай, В. Б. (1973). Тест дифференцированной самооценки функционального состояния. *Вопросы психологии*, 6, 141–145.
9. Екстрена медична допомога: догоспітальний етап. (2019). *Новий клінічний протокол*. Офіційний вебпортал Міністерства охорони здоров'я України. https://moz.gov.ua/uploads/2/12737-dn_20190605_1269_dod.pdf
10. Зайцев, В. П. (1981). Вариант психологического теста Mini-Mult. *Психологический журнал*, 3, 118–123.

11. Зайцев, В. П. (2004). Психологический тест СМОЛ. *Актуальные вопросы восстановительной медицины*, 2, 17–19.
12. Закон України «Про екстрену медичну допомогу». Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17>
13. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення». Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text>.
14. Закон України «Про охорону дитинства». Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2402-14#Text>).
15. Ильин, Е. П. (2005). *Психофизиология состояний человека*. Санкт-Петербург: Питер. (Тип. Правда 1906). <https://vocabulary.ru/slovari/psihofiziologija-sostojanii-cheloveka-terminologicheskii-slovar.html>
16. Карвасарский, Б. Д. (Ред.). (2000). *Психотерапевтическая энциклопедия*. Санкт-Петербург: Питер.
17. Карпенко, Л. А., Петровский, А. В., & Ярошевский, М. Г. (1998). *Краткий психологический словарь*. Ростов-на-Дону: Феникс.
18. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. (2017). *Міжвідомчий постійний комітет*. Київ: Пульсари. https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/iasc-guidelines-on-mhpss-in-emergency-settings_ukrainian_e-version.pdf
19. *Кодекс цивільного захисту України*. (2022). Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5403-17#Text>
20. Коkun, О. М., Агаєв, Н. А., Пішко, І. О., & Лозінська, Н. С. (2018). *Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога*. Київ: НДЦ ГП ЗСУ.

21. *Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року.* (2017). Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>
22. Кудряшов, А. Ф. (Ред.). (1992). *Лучшие психологические тесты.* Петрозаводск.
23. Лукашевич, Н. П., Сингаевская, И. В., & Бондарчук, Е. И. (2004). *Психология труда.* Киев: МАУП. https://pedlib.ru/Books/6/0353/6_0353-1.shtml
24. Малкина-Пых, И. Г. (2005). *Психологическая помощь в кризисных ситуациях.* Москва: Эксмо. (Справочник практического психолога).
25. Мещеряков, Б. Г., & Зинченко, В. П. (2009). *Большой психологический словарь.* <https://spbguga.ru/files/03-5-01-005.pdf>
26. Міністерство освіти і науки України. (2014). *Методичні рекомендації для проведення бесід з учнями загальноосвітніх навчальних закладів з питань: уникнення враження мінами і вибухонебезпечними предметами та поведінки у надзвичайній ситуації* https://zakononline.com.ua/documents/show/122817_122817
27. Миронова, Е. Е. (Сост.). (2005). *Сборник психологических тестов: пособие.* Ч. 1. Минск: Женский институт ЭНВИЛА.
28. Моисеева, О. Ю. (2007). *Психодиагностика индивидуальных особенностей личности.* Ч. 2: *Психодиагностика характера.* Владивосток: Морской государственный университет.
29. Напрєєнко, О. К., Влох, І. Й., & Голубков, О. З. (Ред.). (2001). *Психіатрія.* Київ: Здоров'я.
30. Неурова, Л. Б., Капінус, О. С., & Грицевич, Т. Л. (2016). *Діагностика індивідуально-психологічних властивостей особистості.* Львів: НАСВ.
31. *Перша психологічна допомога: посібник для працівників на місцях.* (2017а). Міжнародний медичний корпус. Київ: Пульсари.

32. *Перша психологічна допомога: посібник для членів загону швидкого реагування Товариства Червоного Хреста України.* (2017b). Товариство Червоного Хреста України. Київ. https://redcross.org.ua/wp-content/uploads/2016/10/%D0%9F%D0%B5%D1%80%D1%88%D0%B0-%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B0-%D0%B4%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D0%B0_%D0%97%D0%A8%D0%A0.pdf
33. Петров, Н. Н. (2013). *Аутогенная тренировка для вас: Библиотека психологической практики.* Москва: Книга по требованию.
34. Поліщук, С. А. (2009). *Методичний довідник з психодіагностики.* Суми: Університетська книга.
35. *Порядок взаємодії суб'єктів соціальної роботи із сім'ями, які опинилися у складних життєвих обставинах.* (2006). Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0824-06#Text>
36. Порядок здійснення навчання населення діям у надзвичайних ситуаціях. (2013). *Офіційний вісник України*, № 50, с. 1788. Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/444-2013-%D0%BF#n9>
37. *Порядок надання психологічної підтримки постраждалим при надзвичайній ситуації.* (2014). Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0766-14#Text>
38. *Порядок організації медичного забезпечення в системі Державної служби України з надзвичайних ситуацій.* Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1095-14#Text>
39. Порядок підготовки до дій за призначенням органів управління та сил цивільного захисту. (2013). *Офіційний вісник України*, № 50, с. 1787. Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/443-2013-%D0%BF#n9>

40. *Порядок проведення навчання і перевірки знань з питань охорони праці.* (2005). Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0231-05#n32>
41. *Порядок проведення навчання керівного складу та фахівців, діяльність яких пов'язана з організацією і здійсненням заходів з питань цивільного захисту.* (2013) *Офіційний вісник України*, № 89, с. 3269. Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/819-2013-%D0%BF#n9>
42. *Порядок психологічного забезпечення в Державній службі України з надзвичайних ситуацій.* (2017). Офіційний вебпортал парламенту України. <https://ips.ligazakon.net/document/TM057721>
43. *Правила пожежної безпеки для навчальних закладів та установ системи освіти України.* (2016). Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1229-16#Text>
44. *Про Державну службу медицини катастроф.* (2001). Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/827-2001-%D0%BF#Text>
45. *Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах.* (2014). Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0750-14#Text>
46. *Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги.* (2019). Офіційний вебпортал Міністерства охорони здоров'я України. <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-05062019--1269-pro-zatverdzhennja-ta-vprovadzhennja-mediko-tehnologichnih-dokumentiv-zi-standartizacii-ekstrenoi-medichnoi-dopomogi>
47. *Про заходи безпеки та можливі ризики виникнення надзвичайних ситуацій, терористичних актів, диверсій, мінування.* (2015). Офіційний вебпортал парламенту України. https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v5_12729-15#Text

48. *Про організацію роботи з охорони праці та безпеки життєдіяльності учасників освітнього процесу в установах і закладах освіти.* (2017). Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0100-18#Text>
49. *Про порядок проведення навчання і перевірки знань з питань охорони праці в закладах, установах, організаціях, підприємствах, підпорядкованих Міністерству освіти і науки України.* (2006). Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0806-06#n15>
50. *Про проведення заходів щодо протидії тероризму.* (2014). Офіційний вебпортал Міністерства освіти і науки України. <http://osvita.ua/legislation/other/42258/print/>
51. Пророк, Н. (Заг. ред.). (2018). *Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи.* У 3-х томах. Т. 1. Київ.
52. *Про службу охорони праці.* (2004). Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1526-04#Text>
53. *Про спеціалізовані служби цивільного захисту.* (2015). Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/469-2015-%D0%BF#Text>
54. *Про удосконалення підготовки з надання домедичної допомоги осіб, які не мають медичної освіти.* (2017). Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0346282-17#n13>
55. *Про функціональну підсистему медичного захисту населення від 22 квітня.* (2019). Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0423-19#Text>
56. *Про функціональну підсистему навчання дітей дошкільного віку, учнів та студентів діям у надзвичайних ситуаціях (з питань безпеки життєдіяльності) єдиної державної системи цивільного захисту.* (2016). Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1623-16#Text>

57. *Психологія: Методичні рекомендації до виконання самостійної роботи для студентів усіх спеціальностей. денної та заочної форми навчання.* (2014). Київ: Політехніка.
58. *Психологічний тлумачний словник.*
http://slovník.com.ua/?grupa=9&id_sl=238
59. *Словник психології: 200 основних понять.*
<https://uk.warbletoncouncil.org/diccionario-psicologia-1928#menu-10>
60. *Ступор. Толковый словарь психиатрических терминов.*
https://gufo.me/dict/psychiatry_terms/%D0%A1%D1%82%D1%83%D0%BF%D0%BE%D1%80
61. Титаренко, Т. М. (Ред.). (1998). *Психологія життєвої кризи.* Київ: Агропромвидав України.
62. Титаренко, Т. М. (2003). *Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності.* Київ: Либідь.
63. Титаренко, Т. М., Гундертайло, Ю. Д., Дворник, М. С., Климчук, В. О., Лазоренко, Б. П., Ларіна, Т. О., & Чернявська, М. О. (Ред.). (2019). *Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій.* Кропивницький: Імекс-ЛТД.
64. Тімченко, О. В. (Ред.). (2010). *Екстремальна та кризова психологія: термінологічний словник.* Харків: ХНАДУ, НУЦЗУ.
<http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/4139/1/%D1%81%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%80%D1%8C.pdf>
65. *Трансгресія.* <https://basileus.org/o-transgressii>
66. *Трансгресія та межа.*
<https://iphlib.ru/library/collection/newphilenc/document/HASH7c4c331d98407f8b24>
67. Фетискин, Н. П., Козлов, В. В., & Мануйлов, Г. М. (2002). *Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп.* Москва: Изд-во Института Психотерапии.
68. Цуканов, Б. И. (2000). *Время в психике человека.* Одесса: АстроПринт.

69. Чернобровкіна, В. А., & Гірник, А. М. (Уклад.). (2017). *Перша психологічна допомога: посібник для тренера*. Київ: Пульсари.
70. Шапар, В. Б. (2007). *Сучасний тлумачний психологічний словник*. Харків: Прапор.
71. *Щодо заходів безпеки у навчальних закладах*. (2015). Наказ МОН України. Офіційний вебпортал парламенту України. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0002729-15#Text>
72. A Guide to Psychological First Aid For Red Cross and Red Crescent Societies. (2018). *International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies*. <https://pscentre.org/wp-content/uploads/2019/05/PFA-Guide-low-res.pdf>
73. Armentrout, I. A., & Rouzer, D. L. (1970). Utility of Mini-Mult with delinquents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 450.
74. Cohen, J., & Mannarino, A. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for traumatized children and families. *Child and Adolescents Psychiatric Clinics of North America*, 24(3), 557–570.
75. *Concise medical dictionary*. Oxford. <https://vocabulary.ru/termin/razrjadka-emocionalnaja.html>
76. Everly, G. S., & Rosenfeld, R. (1981). *The nature and treatment of the stress response*. New York; London: Plenum Press.
77. Gaiton, W. F., Fogg, M. E., & Tavermina I. (1976). Comparison of the MMPI and Mini-Mult with women who request abortion. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 648–650.
78. IASC Inter-Agency Standing Committee. (2021). *Technical Note on Linking Disaster Risk Reduction (DRR) and Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) Practical Tools, Approaches and Case Studies*. <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-03/Technical%20Note%2C%20Linking%20Disaster%20Risk%20Reduction%20%28DRR%29%20and%20Mental%20Health%20and%20Psychosocial%20Support%20%28MHPSS%29-%20Practical%20Tools%2C%20Approaches%20and%20Case%20Studies.pdf>

79. IASC Operational Policy and Advocacy Group. (2021). *Linking disaster risk reduction (DRR) and Mental health and psychosocial support (MHPSS). Technical Note. Practical Tools, Approaches and Case Studies* IASC. <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-03/Technical%20Note%2C%20Linking%20Disaster%20Risk%20Reduction%20%28DRR%29%20and%20Mental%20Health%20and%20Psychosocial%20Support%20%28MHPSS%29-%20Practical%20Tools%2C%20Approaches%20and%20Case%20Studies.pdf>
80. *International Federation of Red Cross and Red Crescent*. Official site. <https://media.ifrc.org/ifrc/>
81. International Organization for Migration. (2019). *Manual on Community-Based Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies and Displacement*. <https://www.iom.int/mhpsed>.
82. Kincannon, I. (1968). Prediction of standart MMPI scale scores from 71 items: The Mini-Mult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 319–325.
83. Kitchener, B., & Jorm, T. (2000). *What We Do at Mental Health First Aid*. <https://mhfa.com.au/about/our-activities/what-we-do-mental-health-first-aid>.
84. Latika, N. S. (2017). Mental health and Psychological first aid Santosh University. *Journal of Health Sciences*, 3(1), 1–3. https://www.academia.edu/33856152/Mental_health_and_Psychological_first_aid
85. Levers, L. (Ed.). (2012). *Trauma counseling theories and Interventions*. New York: Springer Pub.
86. Mitchell, J. T. (2004a). Characteristics of Successful Early Intervention Programs. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6 (4), 175–184.
87. Mitchell, J. T. (2004b). *Critical Incident Stress Management (CISM): A defense of the field*. Ellicott City, MD: International Critical Incident Stress Foundation.
88. Mitchell, J. T., & Bray, G. (1990). *Emergency Services Stress: Guidelines for preserving the health and careers of emergency service personnel*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

89. Mitchell, J. T., & Everly, G. S., Jr. (1995). The critical incident stress debriefing (CISD) and the prevention of work-related traumatic stress among high risk occupational groups. In G. S. Everly, Jr. & J. M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (pp. 267–280).
90. Mitchell, J. T., & Everly, G. S., Jr. (2001a). *Critical Incident Stress Management: Basic Group Crisis Interventions*. Ellicott City, MD: International Critical Incident Stress Foundation.
91. Mitchell, J. T., & Everly, G. S., Jr., (2001b). *Critical Incident Stress Debriefing: An operations manual for CISD, Defusing and other group crisis intervention services*. Ellicott City, MD: Chevron.
92. Myer, R. (2001). *Assessment for crisis intervention: A triage assessment model*. Brooks/Cole Thomson Learning.
93. Myer, R. A. (2006). Triage Assessment Form: Crisis Intervention is included as an Appendix. *Wiley Periodicals, Inc. J Clin Psychol*, 62, 959–970.
94. Myer, R. A. (2012). Krize Mudahale Triyaj Degerlendirme Sistemi Triage Assessment System Crisis Intervention. *Kriz Dergisi*, 20(123), 43–53.
95. Myer, R. A., Williams, R. C., Ottens, A. J., & Schmidt, A. E. (1992a). Crisis assessment: A three dimensional model for triage. *Journal of Mental Health Counseling*, 14, 137–148.
96. Myer, R. A., Williams, R. C., Ottens, A. J., & Schmidt, A. E. (1992b). Triage assessment form: Crisis intervention. In *Crisis intervention strategies* (pp. 81–84). Pacific Groves, CA: Brooks/Cole.
97. Pau, K., Ahmad, A., & Tang, H.-Y. (2020). Crisis, disaster, and trauma counseling: implications for the counseling profession. *Journal of Critical Reviews*, 7(8), 738.
98. Robertson, K. (2005). Active listening: more than just paying attention. *Australian Family Physician*, 34, 1053–1055.
https://www.go2itech.org/HTML/CM08/toolkit/links/print/Mentoring/Active_Listening.pdf

99. Ruzek, J., Brymer, I., Jacobs M. J., Layne, A. K., Vernberg, Ch. M., & Watson, E. M. (2007). Psychological First Aid. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(1), 17–49.
100. Terblanche, L., & Wyk, A. van. (2014). Critical incidents and critical incident stress management (CISM). An employee assistance programme (EAP) Perspective. *Journal of Social Work*, 50(1), 19–36. http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-80542014000100003
101. Tsutsumi, A., Izutsu, T., & Ito, A. (2015). Mental Health, Well-being and Disability: A New Global Priority. *Key United Nations Resolutions and Documents United Nations University, United Nations, World Bank Group, The University of Tokyo*. <https://globalwellnessinstitute.org/wp-content/uploads/2018/04/Mental-Health-Well-being-Disability-A-New-Global-Priority.pdf>
102. United Nations Office for Disaster Risk Reduction. (2015). *Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres 2015–2030. Versão Em Português Não-oficial*. https://www.unisdr.org/files/43291_63575sendaiframeworkportunofficialf%5B1%5D.pdf
103. What We Do at Mental Health First Aid: Assess for risk of suicide or harm; Listen nonjudgmentally; Give reassurance and information; Encourage appropriate professional help; Encourage self-help and other support strategies. <https://mhfa.com.au/about/our-activities/what-we-do-mental-health-first-aid>
104. World Health Organization. (2016). *Dignity in Mental Health: Psychological and Mental Health First Aid World Mental Health Day*. https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/paper_wfmh_2016.pdf?ua=1
105. World Health Organization. (2016). *International Health Regulations. Third edition*. Geneva: WHO. <http://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/en/>

106. World Health Organization. (2016). *World Mental Health Day. Psychological first aid*. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2016/10/10/default-calendar/world-mental-health-day-2016---psychological-first-aid>
107. World Health Organization. (2019). *The WHO Special Initiative for Mental Health (2019–2023): Universal Health Coverage for Mental Health*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310981/WHO-MSD-19.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ДОДАТКИ

Додаток А. Основні дії першої психологічної допомоги (практичне доповнення)

Додаток А. 1. Психологічні рекомендації постраждалим щодо подолання негативних впливів надзвичайної ситуації

Поради постраждалим щодо подолання негативних впливів надзвичайної ситуації (С. А. Поліщук)

Для стабілізації емоційного стану:

- у ситуації крайнього напруження ніколи не приймайте рішень на емоціях; порахуйте до 10; повільно вдихніть повітря носом і на деякий час затримайте дихання (видих робіть дуже повільно через ніс, зосереджуйтеся на відчуттях, пов'язаних із диханням);
- змочіть скроні, лоб, зап'ястя холодною водою;
- повільно випийте склянку води, зосередьтеся на її смаку і температурі;
- станьте прямо, ноги поставте на ширину плечей; видихніть повітря; нахиліться, розслабляючи шию, плечі, голову (руки вільно звисають); глибоко вдихніть (1–2 хв) і повільно випряміться;
- почніть «щось» робити (займіться хатніми справами, увімкніть музику, виконуйте фізичні вправи тощо).





Психологічні поради щодо способу життя, планування часу
і вибору найбільш оптимального життєвого темпоритму
для запобігання несприятливим наслідкам НС:

- вставайте і лягайте якомога раніше, щоб вистачало часу на всі заплановані справи. «Не крадіть» у себе час на сон. Пам'ятайте давню мудрість: «сон треба позичати у смерті»;
- спробуйте вставати не за годинником, а за біоритмами організму. Якщо сигнал будильника лунає в стадії глибокого сну, погіршуються настрої і самопочуття. Навчіться довіряти своєму організму: він відчуває, коли вже відновився і готовий до нових навантажень;
- завжди снідайте. Це не лише збереже здоров'я, а й забезпечить хороше самопочуття і струнку поставу. Хоча б раз на день їжте за спільним столом із своєю родиною. Це унікальна можливість невимушено поспілкуватися, приділити увагу одне одному;
- складаючи список справ на день або тиждень, на перше місце ставте ті, які для вас найважливіші;
- не плануйте справи одна за одною, без перерви, – це не лише знижує продуктивність праці, а й погіршує настрої і самопочуття;
- завжди залишайте час на відпочинок. Людина, яка не може відпочивати, викликає жалість і співчуття, бо вона не вміє радіти життю;
- не відкладайте на завтра ті справи, на які ви маєте час сьогодні, – це породжує нервозність і невдоволення самим собою, відчуття того, що нічого не встигаєш;
- візьміть собі за правило вихідні присвячувати родині, дому і відпочинку. Робочі дні тому і називаються робочими, що час потрібно віддавати справам, тож присвятіть вихідні відпочинку і родині – найважливішому, що є в житті людини.



Психологічні уроки конструктивної поведінки в загрозових для життя і здоров'я людини ситуаціях (С. А. Поліщук)

Урок 1. Не поспішаючи...

Попри всі труднощі і негаразди самоізоляції, локдаунів і карантинів ми набуваємо унікального досвіду – вчимося робити все вдумливо, не поспішаючи. Спробуйте:

– Прокидаючись щоранку, отримувати насолоду від розуміння того, що попереду цілий день, що він наповниться рівно настільки, наскільки ти забажаєш його наповнити. Усе у твоїх руках.

– Випити склянку води і насолодитися її смаком.

– Виконати ранковий комплекс фізичних вправ, втішаючись кожним рухом тіла, насолоджуючись відчуттям свіжості та м'язового задоволення.

– Навчитися, нарешті, правильно (не поспішаючи) дихати: повільно вдихати повітря на «рахунок 4» і так само повільно видихати його. Відчути, як його живильна енергія пронизує наше тіло, роблячи його міцнішим.

– Снідати. Не «перехопити» або «проковтнути», а саме «посмакувати».

– Подумати, які справи «потрібно зробити» сьогодні і що я «хочу зробити». Нехай їх буде порівну. Не позбавляти себе відпочинку і задоволень.

– Перед сном із задоволенням згадати приємні миті, які змогли собі подарувати, і з вдячністю відпустити день, який збігає. Не поспішаючи, насолодитися тишею і внутрішнім спокоєм. Починається новий день...

Урок 2. Приймати...

Цікава річ – «життя». Воно не дає нам стояти на одному місці і змушує постійно вдосконалюватися, підкидаючи нові питання, проблеми, яких у нашому досвіді ще не траплялось. Боротися з ними не варто. Набагато продуктивніше їх прийняти і почати вирішувати («не втрачаючи, а набуваючи»).

Спробуйте:

– Сприймати надзвичайні і стресові ситуації як ще одну «життєву задачу», яку настав час вирішити (і зробити це з мінімальним ризиком помилок).

– Уважно «вчитатися» в умову цієї «задачі». Розмежувати «нагальні питання» (їх треба вирішити терміново) і ті, які можуть зачекати.

У НС пандемії весь світ опинився в становищі «першачків». Хтось дуже боїться шкільної задачі, а хтось прагне в ній розібратися. Не так і важко спрогнозувати, хто цю «задачу» розв’яже першим.

– Повірити у власні можливості – це ваш потенціал для розв’язання «задач» («я зможу», «у мене вийде», «не святі горщики ліплять» тощо).

– Приступати до розв’язання «життєвої задачі», починаючи із звичайних речей: доглядати за своєю зовнішністю; стежити за своїми думками (вони ж матеріальні); відстежувати свої вчинки (можна казати багато правильних речей, але лише один вчинок може все перекреслити).

– Бути вибірковими у тому, що читаємо, кого слухаємо, із ким спілкуємося. Це має давати наснагу, а не виснажувати.

– «Заспокоювати» свої думки. Лише так можна об’єктивно-неупереджено оцінити життєві події (самостійно, критично, глибоко).

– Жити далі, а не проживати (пам’ятаєте, як у В. Висоцького: «Там, где я есть, – там жизнь проходит. Где нет меня – там жизнь идет»). Час незворотній.

Урок 3. Автономія...

У древніх кельтів була така традиція: новонароджену дитину відносили в ліс і клали там під дерево. Згодом саме тут ніхто не мав права її турбувати. Сучасною мовою – «їй надавали автономію».

Для сучасної людини це може виявлятися в таких речах:

– Візьміться до якоїсь справи. Не нудьгуйте. Багато справ ми відкладали «на потім», «коли з’явиться вільний час». Він з’явився. Тож використовуйте його. Читаймо, малюймо, майструймо, творімо... Було б бажання, а справи знайдуться.

– Згадайте про свої хобі («зробіть», зрештою, їх для себе).

– Що б ви не робили – побільше творчості: «Іноді у класному супі більше творчості, ніж у другосортній поезії» (А. Маслоу).

– Нас не повинно бути занадто багато – навіть у житті людей, які нас люблять.

– Не намагайтеся знати все про своїх близьких, не допитуйтеся («Чого мовчиш?», «Про що думаєш?», «Мабуть...» тощо). У кожного мають бути свої думки і переживання. Не завжди це має звучати. Поважайте це право.

– Не треба «жити для інших». Живіть «разом із ними». І вам простіше, і їм приємніше (принаймні вони вам нічого не винні).

– Умійте слухати і розуміти тих, хто зараз поруч із вами.

Дихальні релаксаційні вправи (Б. Д. Карвасарський)

Пропоновані нижче вправи для релаксації можна використовувати і як додаткові прийоми подолання негативних впливів НС, і як засоби саморегуляції. Релаксація може бути стимулом, протилежним страху, а може викликати в уяві постраждалих асоціації, які зумовлюють тривогу та десенсибілізують до реальних стимулів або ситуацій, що викликають страх (Карвасарський, 2000).

Вправи на діафрагмальне дихання дають змогу зробити стан розслаблення більш глибоким.



Дихальна вправа № 1. Цей метод надзвичайно простий, у літературі з йоги він має назву «повне дихання». Вправу виконують відповідно до чотирьох фаз дихання. Вдих по змозі має починатися через ніс. Перевагу слід віддавати диханню саме через ніс, а не через рот, оскільки носові ходи здатні фільтрувати й обігрівати повітря, що надходить. На вдиху живіт випинається вперед, потім розширюється грудна клітка. Тривалість вдиху – 2-3 секунди. Паузи після вдиху бути не повинно, тобто вдих плавно переходить у початок видиху. Повітря видихається через рот або ніс, як зручніше. Тривалість видиху має становити 2-3 секунди. Пауза після видиху триває лише 1 секунду, а потім знову починається плавний вдих. Багато пацієнтів можуть повторювати цю вправу протягом декількох хвилин без гіпервентиляції. Проте в разі запаморочення хворого зазвичай просять припинити вправу



Дихальна вправа № 2. Це один із способів «підрахунку дихання», різні варіанти якого описано в літературі з йоги. Вправу виконують відповідно до чотирьох фаз дихання. Вдих по змозі потрібно робити через ніс. Живіт починає випинатися вперед, потім розширюється грудна клітка. Тривалість вдиху має становити 2 секунди (пацієнт рахує подумки, наприклад: «Одна тисяча, дві тисячі»). Після вдиху треба зробити паузу тривалістю 1 секунда. На третій стадії повітря видихають,

а потім знову роблять плавний вдих. У разі запаморочення хворого просять припинити виконувати вправу.

Дихальна вправа № 3. Цей метод, запропонований G. S. Everly, дає змогу прискорити досягнення стану релаксації (за 30-60 секунд) (Everly, & Rosenfeld, 1981). Дослідження показали, що він знімає м'язове напруження та суб'єктивне відчуття тривоги, а також має певний потенціал для зниження частоти серцевих скорочень.

Опис представлено у формі інструкції, яку надають пацієнтові.

Етап 1. Займіть зручне положення. Покладіть ліву руку (долонею вниз) на живіт (точніше, на пупок). Тепер покладіть праву руку на ліву так, щоб було зручно. Очі можна не заплющувати, проте із заплющеними очима буде легше виконувати другий етап вправи.

Етап 2. Уявіть, що всередині вас – там, де лежать ваші руки, – порожня пляшка або мішок. На вдиху уявляйте, що повітря входить через ніс, опускається вниз і наповнює цей внутрішній мішок. У міру заповнення мішка повітрям ваші руки підніматимуться. Продовжуючи вдих, уявляйте, що мішок повністю заповнюється повітрям. Хвилеподібний рух, що почався в ділянці живота, переходить у середню і верхню частини грудної клітини. Повна тривалість вдиху для першого і другого тижнів занять має становити 2 секунди, а потім, у міру вдосконалення навички, цю тривалість можна збільшити до 2,5-3 секунд.

Етап 3. Затримайте дихання. Зберігайте повітря всередині мішка. Повторюйте подумки фразу: «Моє тіло спокійне». Цей етап не має тривати понад 2 секунди.

Етап 4. Починайте повільно видихати – спустошувати мішок. У міру того, як ви робитимете це, повторюйте подумки фразу: «Моє тіло спокійне». Із видихом намагайтеся відчутти, як опускаються підняті раніше живіт і грудна клітка. Цей етап не повинен тривати менше двох попередніх, а через 1-2 тижні його тривалість можна збільшити на 1 секунду.

Зауважимо, що етап 1 потрібен лише протягом (приблизно) першого тижня, доки ви опановуєте глибоке дихання. Коли ви оволодієте цією навичкою, то потім зможете її пропускати. Повторіть цю чотирьохетапну вправу поспіль не більше ніж 3–5 разів. Але в разі запаморочення потрібно зупинитися. Якщо під час наступних занять ви знову відчуваєте запаморочення, треба скоротити тривалість вдиху та (або) кількість чотирьохетапних циклів, що виконуються поспіль. Оскільки цей варіант релаксації має характер навички, можна практикувати його щонайменше 10-20 разів на день. Перетворіть його на ваш ранковий, денний та вечірній ритуали, а також використовуйте в стресових ситуаціях. Спочатку ви можете і не відчути негайної релаксації. Однак після 1-2 тижнів регулярних занять ви будете здатні «миттєво» розслаблятися на деякий час. Пам'ятайте, що якщо ви хочете опанувати цю навичку, то маєте тренуватися систематично. Регулярне послідовне виконання вправи сприяє формуванню більш спокійного і розсудливого ставлення до подій – свого роду антистресового настановлення, і коли ви згодом, можливо, потраплятимете в стресові ситуації, то переживатимете їх набагато спокійніше.



**Комплекс вправ для нервово-м'язової релаксації, зняття
напруження (М. П. Лукашевич, І. В. Сингаївська,
Е. І. Бондарчук)**

Нижня частина ніг. Ступні ніг щільно стоять на підлозі. Спочатку, не відриваючи пальців, підніміть максимально високо п'яти. Затримайте їх у такому положенні та розслабте. Через 5-10 секунд повторіть вправу. Після цього виконайте вправу для протилежної групи м'язів. Не відриваючи п'яти від підлоги, підніміть пальці ніг якомога вище, м'яко розслабте. Повторіть те саме ще раз. Уважно прислухайтеся до виникнення і поширення відчуттів тепла й тяжкості, які наповнюють ступні ніг і піднімаються вище, до колін.

Стегна і живіт. Випростайте ноги прямо перед собою, якомога рівніше, відтягуючи пальці ніг. Напружте їх, ніби намагаючись дістати до протилежної стіни, а потім м'яко розслабте м'язи. Ноги плавно опустяться на підлогу, і разом із цим від колін до тулуба почне поширюватися хвиля тепла, приємної важкості. Подумки зупиніться на цьому відчутті.

Грудна клітка. Зробіть глибокий вдих, ніби хочете вдихнути все повітря, яке вас оточує. Після невеликої затримки дихання – видихніть. Зверніть увагу на різницю у відчуттях між періодами енергійної напруги на вдиху і розслаблення на видиху. Намагайтеся відчути появу тепла всередині тулуба, у верхній частині живота, яке з'являється відразу після повного видиху.

Руки. Стисніть міцно кисті в кулаки. Зробіть це настільки сильно, наскільки зможете. Після кількох хвилин напруження розслабте їх. Для розслаблення протилежної групи м'язів максимально широко розставте пальці, затримайте їх у такому положенні, а потім скиньте напругу. Під час виконання вправи і в паузах прислухайтеся до відчуттів, що виникають, зафіксуйте момент потепління і виникнення приємної важкості в руках.

Плечі і шия. Вправа полягає в рухах плечима у вертикальному напрямку. Подумки допомагаючи собі, спробуйте дістати до мочок вух верхівками

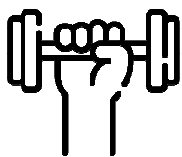
плечей. Після сильного напруження м'язів розслабтеся. Сконцентруйте увагу на відчуттях розслабленості, тепла, що виникають унаслідок розслаблення.

Обличчя. Спочатку широко усміхніться. Настільки широко, щоб вийшла «усмішка до вух». Скинувши напруження, після 5-10-секундної перерви стисніть губи щільною трубочкою. М'яко розслабивши м'язи, відчуйте, як у нижній частині обличчя, по щоках, а далі – до вух поширюються легкі хвилі приємного тепла, зникають залишки напруження, нижня щелепа важчає, рот відкривається. Міцно стисніть повіки – так міцно, ніби в них потрапило мило. Розслабивши м'язи, відчуйте, як очні западини наповнюються теплом, у якому тонуть неприємні відчуття втоми, перенапруження. Під час виконання останньої вправи потрібно, заплющивши очі, високо звести брови, ніби ви чимось здивовані. Плавно знімаючи напруження, зосередьте увагу на тому, як лоб розгладжується, стає рівним і чистим. Трохи потренувавшись, можна відчувати, як його ніби овіває подух прохолодного вітерця.

Виконавши всі вправи, зробіть паузу на 1-2 хвилини, щоб насолодитися повним розслабленням усіх м'язів обличчя і тулуба. Пориньте у відчуття повного спокою та відпочинку (Лукашевич, Сингаевская, & Бондарчук, 2004).

Аутогенне тренування (за М. Петровим)

Вправа «Савасана» (виконувати лежачи без подушки).



Місце для виконання вправ з аутогенного тренування має бути комфортним. Не повинно бути занадто холодно чи жарко, душно, гамірно. Невеликий фоновий шум зазвичай не заважає заняттям; уникати слід раптового і гучного шуму. Затемнення приміщення не обов'язкове. Якщо світло з вікна заважає, можна сісти спиною до вікна. Місце для занять аутогенним тренуванням має бути таким, щоб той, хто виконує вправи, почувався безпечно, щоб він був упевнений, що йому не заважатимуть і не скористаються його розслабленим станом. У міру підвищення тренуваності вимоги до приміщення зменшуються. Інструктор має зважати на те, що вимоги до місця спочатку можуть бути різними: один може самостійно тренуватися в присутності інших людей, а інший побоюється це робити, якщо в іншій кімнаті є люди і хтось може увійти і завадити заняттю. Тому кожен виконує вправи в тих умовах, які відповідають його можливостям.

Отже,

а) ляжте на спину;

б) випрямлені ноги розташуйте так, щоб відстань між ступнями була 15-18 см;

в) витягнуті руки покладіть під гострим кутом до тулуба долонями догори.

Інструкторові. У малій групі проконтролюйте прийняття пози лежачи. Поясніть, що різниця в положенні рук залежить від положення голови (з подушкою або без неї). Розведіть тих, хто виконує вправу парою. Нехай один робить це в позі лежачи, а інший виймає, а потім знову підкладає подушку під голову. Той, хто виконує вправу, відчуває, що зміна положення голови вимагає й зміни положення рук через дискомфорт у плечових суглобах.

Завдання № 1. Прийміть позу для занять аутогенним тренуванням. За будь-якої можливості намагайтеся побути в позі 5-10 хвилин. Перебуваючи в цій позі, намагайтеся максимально розслабитися. Якщо ви відчуваєте

дискомфорт у якійсь частині тіла, постарайтеся виправити дефект пози, що викликає дискомфорт. Якщо у вас обмаль часу, утримуйте позу хоча б кілька секунд. Розслаблення в позах закінчуйте «виходом». За 1-1,5 години до сну спеціальну методику «виходу» не застосовуйте.

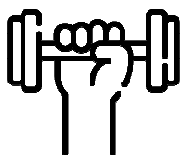
Запропонована М. Петровим методика «виходу» з аутогенного стану дає змогу протягом короткого часу ефективно переходити від аутогенного стану до неспання і максимально активізуватися. Рекомендація: а) перестаньте виконувати інструкцію заняття та сконцентруйте увагу на тому, що ви добре відпочили і скоро вийдете з аутогенного стану; б) повільно стисніть кулаки, відчуйте силу в руках, у всьому тілі, водночас в іншому позу не змінюйте; в) не розтискаючи кулаків, простягніть руки в бік колін; г) дочекайтеся закінчення чергового видиху; д) зробіть глибокий вдих, одночасно на вдиху підніміть руки вгору, прогніть спину, зверніть обличчя вгору; е) зробіть паузу тривалістю близько 1-2 секунд, щоб підготуватися до чіткого виконання останньої фази «виходу»; ж) одночасно: різко видихніть через рот, розтисніть кулаки і розплющте очі. Після цього спокійно опустіть руки. Виходячи з аутогенного стану, потрібно максимально зосередитися на енергії, силі, що накопичилися за час заняття (навіть якщо їхній приріст і був невеликим).

До кожної наступної фази «виходу» переходьте лише після того, як виконано попередню. Фази *а-е* виконуйте повільно, фазу *ж* – максимально швидко й енергійно. Тим, у кого артеріальний тиск має тенденцію до підвищення, під час «виходу» потрібно зосередитися на цілющій, заспокійливій силі, що накопичилася протягом заняття. Схильним до зниженого артеріального тиску треба зосередитися на бадьорості, зарядженості енергією, відчутті скорочення м'язів уздовж хребта, пробігання «мурашок» по тілу. За 1-1,5 години до сну описану методику краще вже не застосовувати. Закінчивши заняття, посидьте деякий час із заплющеними очима, потім повільно випряміть спину і розплющте очі. Посидьте ще 1-2 хвилини, після цього можна встати.

Інструктор повинен зважати на те, що практичне відпрацювання методики ефективного виходу з аутогенного стану має велике значення.

Недостатньо чітке її виконання призводить до млявості, відчуття розбитості після занять з аутогенного тренування (АТ). Це знижує цінність занять і може стати причиною їх припинення. Навпаки, навіть саме по собі застосування цієї методики без попереднього заняття АТ може викликати бадьорість, приплив сил, підвищення працездатності. Найбільш поширені помилки: швидкість і безладність виконання, недотримання пауз між фазами, неодночасне розплющування очей, видиху і розтискання кулаків у фазі *ж*, недостатньо різкий видих. Найкраще, якщо інструктор сам продемонструє «вихід». Він має проконтролювати «вихід» у кожного учасника заняття, а іншим запропонувати зробити свої зауваження.

Вправа «Маска релаксації»



«Маска релаксації» – це вираз обличчя, коли максимально розслаблені мимічні, жувальні м'язи і язик. Кожен напружений м'яз має стимулювальний вплив на головний мозок, а це заважає виникненню аутогенного стану. Є групи м'язів – мимічні жувальні, язика і кистей рук, які впливають на стан мозку більше, ніж інші м'язи; тому їхньому розслабленню приділяється більша увага. М'язи кистей рук досить легко вдається розслабити, а для інших груп м'язів є спеціальні вправи, пов'язані з тим, що в повсякденному житті ми стикаємося з роботою над цими м'язами; крім того, правила пристойності не дозволяють тримати рота відкритим і розслабляти мимічні м'язи.

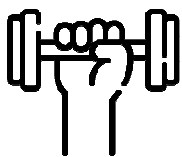
Завдання № 2. Щоб досягти розслаблення жувальних м'язів, беззвучно промовте, тримаючи голову у вертикальному положенні, звук «И», дайте щелепі вільно відвиснути. Посидьте так кілька хвилин і поспостерігайте, як із розслабленням жувальних м'язів по всьому тілу пробігає хвиля розслаблення, як розслабляються м'язи обличчя, важчають повіки, зупиняється погляд, стає нерізким навколишнє (через розслаблення м'язів, що фокусують кришталік). На перших порах поспостерігайте за своїм обличчям у дзеркало. Вправу завершіть виходом з аутогенного стану, тому що навіть за умови значного

розслаблення м'яких і жувальних м'язів зазвичай спочатку виникає аутогенний стан того чи іншого ступеня глибини.

Завдання № 3. Утримуючи голову у вертикальному положенні, розслабте жувальні м'язи беззвучним «И». Потім, щоб досягти розслаблення язика, беззвучно вимовте склад «те», причому розслаблений язик має м'яко впертися в задню поверхню нижніх зубів. Спостерігайте за своїм станом. Зокрема, як заплющуються обважнілі повіки. Вправу завершіть «виходом». Якщо вам бракує часу для виконання вправ і ви не маєте зайвих 5-10 хвилин, виконуйте завдання протягом коротшого часу, хоча б навіть кілька секунд. Освоївши «маску релаксації», з'єднайте її з вивченими позами для аутогенного тренування таким чином. Напівлежачи в кріслі з високою спинкою, виконуйте «маску релаксації» так, як було описано вище. У позі «кучера на джонках» і в кріслі з низькою спинкою, коли опускати голову, рот пасивно затуляється. У позах лежачи при розслабленні жувальних м'язів щелепа опускається вниз.

«Маску релаксації» можна застосовувати і як окрему вправу тоді, коли немає змоги виконувати вправи з аутогенного тренування. Спробуйте, і ви відчуєте, як у результаті зменшується фізичне і психічне напруження, стишується головний біль.

Вправа «Спокій»



Мета вправи – створення попередніх умов, щоб розпочати заняття аутогенним тренуванням.

Завдання № 4. У відповідному для АТ місці займіть одну з поз для АТ, розслабтеся, звернувши особливу увагу на «маску релаксації», заплющте очі. Дихайте спокійно, як уві сні; вдих і видих – через ніс. Пасивно зосередьтеся на спокої, що є наслідком: а) перебування в тихому місці; б) розслаблення в зручній позі; в) відсторонення від навколишнього завдяки заплющуванню очей. Не намагайтеся досягти стану якогось особливого стану спокою, а просто пасивно зосередьтеся на тому, що у вас є зараз. Навіть якщо ви напружені на дев'ять десятих (9/10), зосередьтеся на одній десятій (1/10)

розслаблення. Робіть це рівно стільки, скільки можете це робити пасивно. Якщо ви почали відволікатися, потрібно зробити «вихід». Перед сном «вихід» не робіть. Пам'ятайте, що лише пасивна концентрація дає фізіологічний ефект. Найбільш поширена помилка на початку навчання АТ – невміння бачити зачатки «потрібного» стану і внаслідок цього – прагнення навіяти собі цей «потрібний» стан. Така внутрішня активність нівелює навіть зачатки стану, що виникає в разі дотримання вимог до організації заняття аутогенним тренуванням. Подальші спроби навіяти те, чого немає, посилюють внутрішню боротьбу, знецінюють «розслаблення».

Інструкторові. Першого разу рекомендуйте клієнтам зосереджуватися на виконанні завдання № 4 всього кілька секунд, щоб не було спокуси активно «увійти» в спокій. Власне, зосередитися на реальному спокої протягом кількох секунд зможе навіть розсіяна людина. Обговоріть результати. Надалі всі групові заняття починайте і завершуйте заняттям АТ у тому обсязі, у якому його освоєно. Попереджайте, що «вихід» з аутогенного стану кожен робить не за загальним сигналом, а тоді, коли перешкоди щодо пасивної зосередженості сповіщають, що час для цього вичерпано. Не забувайте звертати увагу на особливості виконання «виходу» з аутогенного стану (Петров, 2013).

Додаток А. 2. Тематичні питання щодо першочергових потреб і проблем постраждалих

Інструкція. Виберіть із запропонованого переліку такі потреби і проблеми, які, на Вашу думку (чи думку постраждалих), вимагають першочергового вирішення. Питання, яке потребує негайного вирішення, позначте 1-м рангом. Питання, яке необхідно вирішувати далі, – 2-м рангом і т. д.

Потреби і проблеми постраждалих унаслідок пережитого в надзвичайній ситуації

| Ранг | Питання | Показники |
|------|--|-----------|
| | Особливості пережитого в надзвичайній ситуації | |
| | Загрози життю в надзвичайній ситуації | |
| | Труднощі в надзвичайній ситуації | |
| | Тілесні пошкодження в надзвичайній ситуації | |
| | Емоційні реакції на надзвичайні ситуації | |
| | Інше | |

**Потреби і проблеми постраждалих унаслідок втрат
у надзвичайній ситуації**

| Ранг | Питання | Показники |
|------|-----------------------------|-----------|
| | Втрати | |
| | Постраждали близькі | |
| | Постраждали домашні тварини | |
| | Руйнування / втрата житла | |
| | Руйнування / втрата майна | |
| | Інше | |

Загрози життєдіяльності постраждалих у надзвичайній ситуації

| Ранг | Питання | Показання |
|------|--|-----------|
| | Загрози / проблеми | |
| | Відновлення після надзвичайної ситуації (моральне, фізичне, матеріальне) | |
| | Із близькими (розлука, ускладнення у відносинах тощо) | |
| | Загрози власному здоров'ю чи здоров'ю близьких (унаслідок надзвичайної ситуації) | |
| | Залежності (алко-/нарко- тощо) | |
| | Інше | |

Питання допомоги/ресурсів для подолання наслідків надзвичайної ситуації

| Ранг | Питання | Показання |
|-------------|--|------------------|
| | Потреби в допомозі/ресурсах матеріальних/нематеріальних | |
| | Пошук близьких | |
| | Медичне обстеження | |
| | Лікування | |
| | Ліки (їх наявність) | |
| | Їжа, вода, пошук житла | |
| | Повернення додому | |
| | Відновлення документів | |
| | Інше | |

Стан постраждалих унаслідок надзвичайної ситуації

| Ранг | Питання | Показання |
|------|--|-----------|
| | Стан | |
| | Відчуття/розуміння небезпеки | |
| | Погіршення фізичного, психологічного стану | |
| | Депресія | |
| | Деморалізація | |
| | Безнадія | |
| | Суїцидальні думки | |
| | Інше | |

Інформаційна підтримка постраждалих у надзвичайній ситуації

| Ранг | Питання | Показання |
|------|--|-----------|
| | Інформаційні питання | |
| | Потреба в інформації щодо установ, де можна отримати допомогу | |
| | Потреба в алгоритмі дій у надзвичайній ситуації | |
| | Конкретизація завдань, не вирішених через надзвичайну ситуацію | |
| | Інше | |

Додаток А. 3. Захист населення і територій України в умовах надзвичайної ситуації⁹

Постраждалі в надзвичайних ситуаціях мають право на:

- надання (виплату) матеріальної допомоги (компенсації);
- забезпечення житлом;
- надання медичної та психологічної допомоги (безоплатна психологічна та медична допомога і реабілітація);
- надання гуманітарної допомоги;
- надання інших видів допомоги.
- надання екстреної медичної допомоги постраждалим у районі надзвичайної ситуації і транспортування їх до закладів охорони здоров'я.

Захист населення і територій в умовах надзвичайних ситуацій реалізують спеціалізовані служби:

- оперативно-рятувальна служба цивільного захисту;
- аварійно-рятувальні служби;
- формування цивільного захисту;
- спеціалізовані служби цивільного захисту;
- пожежно-рятувальні підрозділи (частини);
- добровільні формування цивільного захисту.

⁹Захист населення і територій України в умовах надзвичайної ситуації регулюється чинним законодавством України (Про спеціалізовані служби цивільного захисту, 2015; Кодекс цивільного захисту України, 2022).

| | | |
|---|---|---|
| <i>Види спеціалізованих служб цивільного захисту населення України</i> | | |
| ↓ | | |
| Енергетики, захисту сільськогосподарських тварин і рослин, інженерні, комунально-технічні, матеріального забезпечення, медичні, зв'язку і оповіщення, протипожежні, торгівлі та харчування, технічні, транспортного забезпечення, охорони публічного (громадського) порядку | | |
| ↓ | | |
| <i>Форми спеціалізованих служб цивільного захисту населення України</i> | | |
| ↓ | | |
| Галузеві служби (узгоджують роботу з ДСНС) | Територіальні спеціалізовані служби (підпорядковуються галузевим спеціалізованим службам та узгоджують роботу з підрозділом із питань цивільного захисту відповідно Ради Міністрів Автономної Республіки Крим, обласної, Київської та Севастопольської міської держадміністрації) | Об'єктові спеціалізовані служби (підпорядковуються галузевим спеціалізованим службам та узгоджують роботу з підрозділом із питань цивільного захисту відповідно Ради Міністрів Автономної Республіки Крим, обласної, Київської та Севастопольської міської держадміністрації) |
| | Місцевого рівня | Регіонального рівня |
| Галузеві спеціалізовані служби цивільного захисту створюють у системі центрального органу виконавчої влади шляхом зведення об'єктових підрозділів у відповідну галузеву спеціалізовану службу для проведення спеціальних робіт у визначених таким органом сферах. | Територіальні спеціалізовані служби цивільного захисту створюють для проведення спеціальних робіт і заходів з цивільного захисту та їх забезпечення відповідно в територіальних підсистемах єдиної державної системи цивільного захисту, їхніх ланках. | Об'єктові спеціалізовані служби створює керівник суб'єкта господарювання на суб'єкті з чисельністю працівників понад 50 осіб шляхом формування ланок, команд, груп для проведення спеціальних робіт і заходів із цивільного захисту та їх забезпечення на суб'єктах господарювання. |

Рис. 1. Спеціалізовані служби цивільного захисту населення України

Згідно з Порядком організації медичного забезпечення в системі Державної служби України з надзвичайних ситуацій медичну допомогу та підтримку постраждалим реалізують спеціалізовані служби медицини катастроф¹⁰.

**Інформаційна карта медичної допомоги та підтримки,
що реалізується в Україні**

| |
|--|
| Елементи функціональної підсистеми медичного захисту населення |
| <input type="checkbox"/> МОЗ; <input type="checkbox"/> органи управління МОЗ та підпорядковані їм сили цивільного захисту; <input type="checkbox"/> суб'єкти господарювання у сфері охорони здоров'я, які виконують завдання цивільного захисту; <input type="checkbox"/> суб'єкти господарювання у сфері охорони здоров'я та сили цивільного захисту |
| Мета роботи функціональної підсистеми медичного захисту населення |
| <input type="checkbox"/> захист населення і територій від надзвичайних ситуацій у мирний час і в особливий період; <input type="checkbox"/> зменшення матеріальних втрат у разі їх виникнення в закладах охорони здоров'я незалежно від форм власності; <input type="checkbox"/> організація та здійснення заходів цивільного захисту, пов'язаних із медичним захистом населення; <input type="checkbox"/> захист персоналу суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я в разі виникнення надзвичайних ситуацій |
| Форми функціонування підсистеми медичного захисту населення |
| <input type="checkbox"/> <i>на державному рівні</i> – (оперативно-чергова, диспетчерська) Державний заклад «Українська станція виїзної екстреної консультативної медичної допомоги МОЗ України», оперативно-диспетчерський відділ Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги |

¹⁰В «Інформаційну карту медичної допомоги та підтримки...» увійшли матеріали, що відповідають чинному законодавству України (Порядок організації медичного забезпечення..., 2014; Про екстрену медичну допомогу, 2021; Положення про функціональну підсистему..., 2019).

та медицини катастроф МОЗ України», Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України»;

на *регіональному рівні* – оперативно-диспетчерські служби центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, територіальні заклади громадського здоров'я;

на *об'єктовому рівні* – чергові (диспетчерські) служби суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я (у разі їх утворення)

Сили функціональної підсистеми медичного захисту населення

- галузева медична спеціалізована служба цивільного захисту;
- територіальні та об'єктові медичні спеціалізовані служби цивільного захисту;
- підрозділи системи екстреної медичної допомоги та медицини катастроф;
- спеціалізовані медичні загони;
- спеціалізовані медичні бригади;
- групи радіаційного спостереження і дозиметричного контролю;
- групи хімічного спостереження і контролю;
- групи епідеміологічного спостереження і контролю;
- дезінфекційні бригади;
- інші формування цивільного захисту;
- добровільні формування цивільного захисту

Державна служба медицини катастроф

(функціонує на центральному рівні – МОЗ України – і на територіальному рівні)¹¹

Склад державної служби медицини катастроф:

- медичні сили;
- засоби та лікувально-профілактичні заклади центрального і територіального рівня незалежно від виду діяльності та галузевої належності.

До медичних сил, засобів та лікувально-профілактичних закладів служби медицини катастроф належать:

- Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф;
- територіальні центри екстреної медичної допомоги;
- науково-дослідні медичні установи;
- лікувально-профілактичні заклади, які створюють і утримують медичні формування та розгортають додатковий ліжковий фонд для надання екстреної медичної допомоги постраждалим від надзвичайних ситуацій, рятувальникам та особам, які беруть участь у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.

До медичних формувань служби медицини катастроф належать:

- мобільні госпіталі;
- мобільні загони;
- медичні бригади постійної готовності першої черги (бригади швидкої медичної допомоги);
- спеціалізовані медичні бригади постійної готовності другої черги;

¹¹Відповідно до документа «Про Державну службу медицини катастроф (2001).

Організація та функціонування системи екстреної медичної допомоги¹²

| |
|---|
| Елементи системи екстреної медичної допомоги в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі |
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф;<input type="checkbox"/> станції екстреної (швидкої) медичної допомоги;<input type="checkbox"/> бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;<input type="checkbox"/> відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги |
| Завдання екстреної медичної допомоги |
| <i>Організація та забезпечення:</i> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> доступної, безоплатної, своєчасної та якісної екстреної медичної допомоги;<input type="checkbox"/> здійснення суб'єктного медико-санітарного супроводу об'єктів; взаємодія з аварійно-рятувальними підрозділами міністерств та інших центральних, місцевих органів виконавчої влади під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їхніх наслідків |
| Особи, які зобов'язані надавати домедичну допомогу |
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> рятувальники аварійно-рятувальних служб;<input type="checkbox"/> працівники державної пожежної охорони;<input type="checkbox"/> поліцейські;<input type="checkbox"/> фармацевтичні працівники;<input type="checkbox"/> провідники пасажирських вагонів;<input type="checkbox"/> бортпровідники та інші особи, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти практичними навичками надання домедичної допомоги |

¹² Відповідно до документа «Про екстрену медичну допомогу» (2021).

Додаток А 4. Екстрена психологічна допомога: загальні алгоритми із запобігання наслідкам надзвичайних ситуацій та їх подолання

Екстрена психологічна допомога – це система короткострокових заходів, спрямованих на регуляцію актуального психологічного, психофізіологічного стану та негативних переживань людини або групи людей, постраждалих унаслідок НС, за допомогою професійних методів, які відповідають вимогам ситуації (*Порядок психологічного забезпечення...*, 2017).

Для технологізації екстреної психологічної допомоги пропонуємо алгоритм дій із постраждалими, що перебувають у певних **психічних та фізичних станах унаслідок впливу надзвичайної ситуації**: 1) марення і галюцинації; 2) нервові тремтіння; 3) плач; 4) рухове збудження (гіперкінезії, ажитація); 6) апатія; 7) ступор; 8) агресія; 9) істерика; 10) паніка; 11) страх.

Марення¹³ і галюцинації¹⁴

Алгоритм допомоги:



1. Емоційне потрясіння, намагання відійти від реальності в **нереальний світ** можуть виявлятися в мареннях і галюцинаціях. Не поспішайте викликати до потерпілого швидку допомогу. Спробуйте спочатку визначити, чи відбуваються зміни в його поведінці. Якщо протягом 1-2 годин стан не поліпшується, зверніться по психіатричну допомогу.

¹³Марення (маячення, мріяння, верзіння) – помилкове судження або розумовий висновок, який виникає без відповідного приводу й не виправляється, незважаючи на те, що суперечить дійсності й усьому попередньому досвіду хворого, повністю захоплюючи його свідомість. Марення протистойть будь-якому, навіть найбільш істотному доводу, чим відрізняються від простих помилок мислення. Маревні тлумачення психічно хворих так чи інакше стосуються їх самих, їхнього життєвого досвіду, бажань, устремлінь, знань, побоювань тощо (Див.: Герасименко, О. І., Герасименко, К. О., & Антонов, 2017).

¹⁴Галюцинації – перцептивний обман, коли стимул, якого насправді немає в зовнішньому середовищі, суб'єкт сприймає як справжній, правдивий. Вони можуть мати будь-яку сенсорну модальність і бути як пов'язаними, так і не пов'язаними з певними подразниками (Див.: Словник психології: 200 основних понять).

2. Майте на увазі, що постраждалий може несвідомо завдати собі шкоди. Тому слід вжити відповідних запобіжних заходів, щоб у нього не було доступу до предметів, що становлять потенційну небезпеку.

3. Розмовляйте з потерпілим спокійним голосом, не залишайте його сам на сам до приїзду бригади психіатричної допомоги.

Нервове тремтіння¹⁵



Тремтіння всього тіла чи окремих його частин може початися раптово одразу після інциденту або через деякий час внаслідок скидання організмом емоційного напруження. Реакція може тривати протягом кількох годин і повторюватися через деякий час. Тремтіння в жодному разі не можна зупиняти, – наприклад, обіймати постраждалого та притискати його до себе. Навпаки, потрібно дати енергії повний вихід з тіла.

Алгоритм допомоги:

1. Щоб полегшити «викид» адреналіну, спробуйте, підтримуючи водночас спокійну розмову/діалог, підсилити тремтіння – сильно потрясти постраждалого за плечі протягом 10-15 секунд.

2. Запропонуйте потерпілому після «примусового» посиленого тремтіння затримати подих і відновити дихання. Фокусуйте його увагу на рівному диханні декілька хвилин. Через короткий час нервові тремтіння знизиться/припиниться. Настане заспокоєння.

3. Щоб подолати втому, що супроводжує тремтіння, забезпечте постраждалому умови для відпочинку. Потрібно посадити (а краще – покласти) людину в безпечному теплому місці, напоїти теплим чаєм, накрити ковдрою і дати відпочити чи поспати.

¹⁵ Неконтрольоване нервові тремтіння – етап розрядки (розслаблення) після етапу збудження (активізації лімбічної частини мозку та симпатичної нервової системи упродовж 3-8 годин); реакція, яка може тривати кілька годин і поновлюватися найближчими днями, тижнями.

Плач¹⁶



У процесі переживання негативних емоцій природною є реакція плачу як відреагування на стрес, спосіб «терапії» стресу, досягнення розслаблення, заспокоєння, нормалізації тиску, знеболювання тощо.

Алгоритм допомоги:

1. Якщо постраждалий плаче – будьте поряд. Не заспокоюйте його, не зупиняйте. Дайте «виплакати» негативну ситуацію.

2. Підтримайте постраждалого вербально/невербально (застосовуйте прийоми «активного слухання», підтримайте його дотиком – погладьте, потисніть руку тощо).

3. Запропонуйте постраждалому вмитися.

4. Якщо постраждалий не може дати волю сльозам, спробуйте погойдати його (як маленьку дитину). Це сприятиме розблокуванню емоцій. Постраждалий зможе відреагувати і виплакати переживання. Відбудеться емоційна «розрядка»¹⁷.

5. У разі погіршення стану постраждалого, підвищення внутрішнього рівня напруження зверніться по допомогу до медичного персоналу.

¹⁶Плач – одна із фізіологічних реакцій, форм емоційного захисту людини, що супроводжує стрес.

¹⁷Емоційна розрядка – це неспеціальний термін, який використовують нарівні з поняттями «катарсис» та/або «відреагування» (abreaction) – звільнення від сильної емоційної реакції, пов'язаної з появою у свідомості пригнічених думок та спогадів (Див.: Великий тлумачний медичний словник... 2001).

Рухове збудження (гіперкінезії¹⁸, ажитація¹⁹)



У результаті НС потрясіння може впливати на здатність адекватно оцінювати ситуацію, логічно мислити, ухвалювати доречні рішення. Гіперкінезії, ажитація як захисні реакції психіки (збуджений стан, нездатність розв'язувати актуальні проблеми тощо) тривають недовго, можуть переходити в нервові тремтіння, плач, прояви агресії. Рухове збудження проявляється різкими рухами, безцільними і безглуздими діями; гучною мовою, підвищеною мовною активністю; відсутністю реакції на оточення (на зауваження людей, їхні прохання, накази).

Щоб постраждалий не зміг заподіяти самому собі шкоди і для поліпшення його стану можна використовувати такий алгоритм допомоги:

а) прийом «захоплення»: перебуваючи позаду людини, просуньте свої руки їй під пахви, притисніть її до себе і злегка перекиньте на себе;

б) ізолюйте людину від оточення;

в) говоріть спокійним голосом про те, що вона відчуває. (*«Тобі хочеться щось зробити, щоб це припинилося? Ти хочеш утекти, сховатися від того, що відбувається?»*);

г) не сперечайтесь з людиною, не ставте їй запитань, у розмові уникайте фраз із часткою «не», що стосуються небажаних дій (наприклад: *«Не біжи», «Не розмахуй руками», «Не кричи»*).

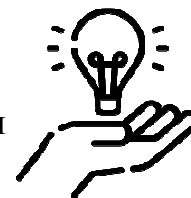
¹⁸Гіперкінезія, відома також як гіперкінез, означає посилення м'язової активності, що може призвести до надмірних ненормальних рухів, надмірних нормальних рухів або поєднання обох (Див.: Словник).

¹⁹Ажитація – афективна реакція людини, що проявляється у відповідь на загрозу життю, аварійну ситуацію й інші психогенні фактори. Проявляється у формі сильного занепокоєння, тривоги, втрати цілеспрямованості в діях. Рухи людини стають метушливими, вона здатна виконувати тільки прості автоматизовані дії. У неї з'являється відчуття порожнечі й відсутності думок, порушується здатність міркувати, установлювати складні причинні зв'язки між явищами. Усе це супроводжується блідістю, хеканням, серцебиттям, пітливістю, тремтінням рук і т. ін. Оцінюється як препатологічний стан у межах психологічної норми (Див.: Екстремальна та кризова психологія..., 2010).

Рухове збудження зазвичай триває недовго і може змінитися невдовзі нервовим тремтінням, плачем або агресивною поведінкою (Малкіна-Пых, 2005):

Апатія²⁰

Пасивний стан постраждалого (що характеризується втомленістю, байдужістю, відсутністю емоційних реакцій, загальмованою мовою тощо) є сигналом порушення емоційно-вольової сфери. У разі перебування постраждалого в апатичному стані протягом тривалого часу необхідно звернутися до психіатра, аби запобігти розвитку депресії. Щоб вивести людину з пасивного стану, доречними будуть такі дії:



а) налагодження комунікації з постражданим (знайомство з ним, визначення його актуальних потреб тощо);

б) переведення постраждалого в безпечне, захищене місце, щоб він зміг там відпочити (можна використовувати тілесний контакт – взяти його за руку, плечі, лікоть);

в) залучення постраждалого в разі його здатності або ситуативної можливості до активних дій.

Ступор²¹



У результаті пережитих нервових потрясінь (у надзвичайній ситуації) постражданий може увійти в психогенний ступор, що є захисною реакцією організму. Ступор характеризується зниженням чутливості до зовнішніх стимулів, здатності мислити. Рухи людини уповільнюються, вона намагається прибрати позу «ембріона», захистити голову

²⁰Апатія (грецьк. *apatheia* – нечутливість) – порушення емоційно-вольової сфери, що характеризується відсутністю емоційних проявів, млявістю, байдужістю до себе й близьких, до того, що відбувається навколо, відсутністю бажань, життєвих спонукань, бездіяльністю (Див.: Психологічний тлумачний словник).

²¹Ступор (лат. *stupor* – заціпеніння) – стан знерухомленості, заціпеніння з частковим чи повним мутизмом і відсутністю чи зниженням реакції на зовнішні подразники, зокрема і больові (Див.: Толковий словарь психиатрических терминов).

руками; може знепритомніти, демонструвати часткову або повну амнезію пережитого, вегетативну реакцію (плаче, червоніє, блідне). В *истеричній формі* психогенного ступору спостерігаються демонстративна поведінка, пасивно-захисні реакції, психомоторне збудження чи, навпаки, мовчазність, знерухомленість, химерні пози. У такому психогенному стані постраждалі можуть перебувати від декількох хвилин до декількох годин. Важливо розуміти, що тривале перебування в ступорі призводить до фізичного і психологічного виснаження, а тому якщо треба (ситуативна потреба в ухваленні рішення людиною, залученні її до певних дій) чи в разі загрози життю і здоров'ю доречно скористатись алгоритмом виведення людини зі стану ступору.

Алгоритм допомоги:

а) підійдіть до постраждалого і, якщо це можливо, переведіть (транспортуйте) його в безпечне місце (водночас необхідно запобігти доступу постраждалого до предметів, які можуть становити загрозу, – маєтсья на увазі напад на інших чи самогубство);

б) спробуйте налагодити *невербальний* контакт з постраждалим – покладіть свої руки на кисті його рук, обійміть тощо. Якщо у Вас є помічник, то це буде зробити простіше. Помічник утримує голову постраждалого, забезпечуючи таким чином контакт «очі в очі» із психологом (ліва рука піднімає і підтримує чоло, права – на потилиці);

в) спробуйте налагодити *вербальний* контакт. Впливаючи на всі модальності сприймання інформації, намагайтеся зосередити увагу постраждалого на собі:

– торкаючись тіла постраждалого (спини, руки...), голосно, зі спокійною, але рішучою інтонацією зверніться до нього на ім'я: «___(Ім'я), подивіться на мене!»;

– близько півметра від обличчя постраждалого спробуйте рукою малювати в повітрі уявні фігури (велике коло, горизонтальну вісімку тощо): «Дивіться на мене! Не відводьте очей!»;

– відтак намагайтеся налагодити дихання: «Спробуйте дихати глибоко! Нумо разом! Вдих! Видих! Вдих! Видих!»;

– спробуйте зібрати пальці потерпілого в кулак (втискаючи нігті в долоні аж до виникнення відчуття болю);

г) викликавши больові відчуття в долонях рук потерпілого, намагайтеся активізувати емоційну сферу (позитивними або негативними стимулами) – реагування сприятиме виведенню із заціпеніння. Спокійним, упевненим тоном поставте якісь організаційні чи особисті запитання (можливо, болючі), таким чином Ви сприятимете поверненню постраждалого до дійсності;

д) щоб вивести людину із ступору, продовжуйте «активізувати» її тіло. Розітріть голову (вуха, обличчя – лоб, ніс, підборіддя), спину (підребер'я), ноги (п'яти);

є) щоб перевірити, чи справді вдалося вивести постраждалого зі стану ступору і бути впевненим щодо позитивного результату, попросіть його «тут і зараз» виконати нескладне завдання.

Агресія²²

Агресія в критичній ситуації є одним із способів подолання емоційного напруження. Вербальні/невербальні прояви агресії можуть зберігатися тривалий час, ускладнювати життя потерпілому та його оточенню. Послаблення з боку людини контролю за власними діями призводить до заподіяння фізичної і моральної шкоди як постраждалому, так і оточенню.



Алгоритм допомоги:

а) підійдіть до постраждалого і відведіть його, якщо можна, у безлюдне місце;

б) спробуйте налагодити доброзичливу комунікацію (добре використовувати гумор);

²² Агресія – індивідуальна або колективна поведінка, дія, спрямована на заподіяння фізичної чи психологічної шкоди, збитку або на знищення іншої людини чи групи людей (Екстремальна та кризова психологія..., 2010).

в) для нормалізації психічної діяльності і тілесних відчуттів запропонуйте постраждалому «випустити пару»: вилаятися, посваритися – «відвести душу»; поплакати; поспівати; поїсти; зробити дихальні вправи – 5–10 хв. (наприклад, за системою Стрельникова). Для виходу адреналіну запропонуйте людині виконати фізичні вправи або фізичну активність (присідання, віджимання, активні дії тощо) – звісно, якщо вона на це спроможна;

г) для зміни негативних образів, які викликають агресію, можете скористатися в роботі прийомом візуалізації;

д) можна спробувати погасити агресію, усунувши можливу перспективу отримання покарання за певні дії.

Істерика²³



Людина в стані істерики проявляє надзвичайно сильні емоційні реакції, які супроводжуються певними рухами, жестикуляцією, висловлюваннями, плачем, сльозами. Водночас, переживаючи надмірне збудження, вона зберігає свідомість.

Алгоритм допомоги:

а) якщо можна, відведіть постраждалого в безлюдне місце, де немає глядачів;

б) демонструйте людині повний спокій щодо її емоційної реакції;

в) спробуйте «перервати / змінити» істеричну реакцію, яка починається у постраждалого, використовуючи короткі фрази (запропонуйте щось людині, запитайте про її бажання, потреби, запропонуйте їй виконати якусь дію тощо);

г) якщо істерика почалася чи вже поглиблюється, витримайте паузу – діяти негайно недоречно;

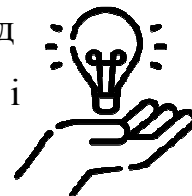
д) якщо істеріку не вдається зупинити, використовуйте фізичний вплив на постраждалого (можна бризнути водою, зупинити рухи примусово, дати ляпаса);

²³Істерика – нервовий припадок, що виражається в несподіваних переходах від сміху до сліз і т. п. (Екстремальна та кризова психологія..., 2010).

є) нормалізувавши стан постраждалого, залиште його в спокої – зазвичай істерика призводить до знесилення. Створіть умови для відпочинку.

Паніка²⁴

Як соціально-психологічне явище, паніка може виникати серед населення внаслідок переживання людьми екстремальних подій і часто є результатом невідповідності до НС. Запобігти панічній стресовій реакції населення можна, вчасно проводячи підготовчі заходи, спрямовані на інформування людей про можливі сценарії розгортання подій, необхідні дії тощо.



Щоб подолати панічну реакцію, важливо:

а) відволікти увагу постраждалих від джерела панічної реакції;

б) для зручності керування й утримання в дієвому стані поділити людей на невеликі групи;

в) вибрати голову групи, що зберігає здатність до розважливості та керування, який зможе підтримувати порядок, давати владні, голосні команди та розпорядження;

г) добившись зниження панічного настрою, підвищену активність людей важливо спрямувати на виконання необхідної діяльності.

Страх²⁵



Страх виникає у людини як передчуття певних загроз. Страх в умовах НС допомагає уникнути небезпеки, сприяє екстремній фізичній і психічній мобілізації, що необхідно для збереження життя. У зв'язку з тим, що в екстремальних умовах у людини може знижуватися самоконтроль, в осіб, що отримали підготовку до певних видів діяльності, реакція страху та умовне опанування ситуації проходять швидше,

²⁴Паніка – стан крайнього, нестримного страху, що відразу охоплює людину або багатьох людей (Ильин, 2005).

²⁵Страх – емоція, що виникає в ситуаціях загрози біологічному або соціальному існуванню індивіда й спрямована на джерело справжньої або уявної небезпеки (Екстремальна та кризова психологія..., 2010).

стан розгубленості і бездіяльності виражений у них меншою мірою. Водночас конкретизація джерел страху пришвидшує його нейтралізацію, підсилює контроль за поведінкою, усвідомлення того, що відбувається навколо, і того, що треба робити.

Алгоритм допомоги:

- а) налагодити тактильний контакт з постраждалим (взяти його за руку);
- б) спробувати добитися синхронного глибокого і рівного дихання (особи, які надають допомогу, підлаштовуються під дихання постраждалих, поступово вирівнюють ритм «вдих – видих»);
- в) якщо треба, розім'яти потерпілому напружені м'язи тіла (руки, спину).

Додаток Б

Трирівнева система першої психологічної допомоги

Додаток Б. 1. Перший рівень першої психологічної допомоги

Дебрифінг



Об'єктом дебрифінгу є група з 5-7 постраждалих, суб'єктом – команда із 2-4 осіб, до складу якої обов'язково входить фахівець у сфері психічного здоров'я. У разі роботи з малою групою (із 2-3 людей) залучають ще двох осіб – психолога і навченого асистента (освітянина чи когось із батьків). Щоб підвищити стресостійкість постраждалих, «упорядкувати» їхній травматичний досвід, полегшити адаптацію до контекстуальних умов, служби підтримки і допомоги (соціальні, юридичні, медичні тощо) реалізують дебрифінг стресових реакцій у межах основних дій ППД (див. част. 3) і використовують його в комплексному підході розв'язання проблем / задоволення потреб постраждалих

Отже, початок дебрифінгу залежить від контексту ситуації, а час проведення (від 1 до 3 годин) – від кількості постраждалих та інтенсивності подій НС. Важливо усвідомлювати, що застосовуваний метод кризового втручання є структурованим психовиховним процесом, відповідно до якого емоційне розгортання пережитого постраждалими відбувається протягом усієї роботи, а фази опрацювання досвіду реалізуються в певному порядку: когнітивна, афективна і знову когнітивна.

Згідно з розробленою Jeffrey T. Mitchell схемою, **дебрифінг проходить сім фаз розгортання**, у кожній з яких функція контролю й опрацювання наративів покладається на команду допомоги (психолог і асистенти).

Когнітивна частина. Фаза 1 – «Початок роботи» (орієнтовна тривалість – 15 хв).

Для формування спрямованості на взаємодію, запобігання виникненню проблемних моментів та заохочення групи до співпраці команда фахівців, які надають допомогу, послідовно реалізує такі дії:

- а) знайомство (ведучий представляє команду);
- б) презентація методу (призначення, мета, завдання);
- в) означення принципів проведення дебрифінгу (добровільність, конфіденційність тощо);
- г) мотивування учасників до активної участі в обговоренні.

Фаза 2 – «Факти». Наголошуючи на тому, що члени групи самостійно контролюють власну участь в обговоренні, і щоб знизити занепокоєння учасників, забезпечити їх входження в процес дебрифінгу, управлінська команда рекомендує постраждалим пригадати і назвати (без зайвої деталізації) факти пережитого під час НС. Визначити «що відбулося» (але не «як відбувалося» чи «як вплинуло»), відповідно до міжнародного стандарту Critical Incident Stress Debriefing (CISD), можна, використавши такий початок бесіди:

«Чи можете ви поділитися з нашою командою коротким описом або «ескізним начерком» ситуації? Що, на ваш погляд, сталося? Ми збираємося обійти кімнату і дати кожному, хто побажає, можливість висловитися. Якщо ви не хочете нічого говорити, просто промовчіть або відмахніться від нас, і ми перейдемо до наступної людини».

Афективна частина. Фаза 3 – «Думки». Щоб полегшити перехід до обговорення болючих аспектів НС, пропонуємо постраждалим проговорити свої думки: *«Яка була ваша перша думка або найважливіша думка в НС, коли ви зрозуміли, що думаєте про НС? Ми знову обійдемо кімнату, щоб дати всім можливість висловитися, якщо вони того забажають. Якщо ви не хочете щось говорити, можете промовчати. Це буде останній раз, коли ми обійдемо групу».*

Фаза 4 – «Реакції». На цій фазі зосереджуємо увагу на впливі НС на постраждалих. Щоб розкрити пережите, ведучі ставлять учасникам уточнювальні запитання (наприклад: *«Що для Вас було найгіршим у НС?»*).

Кожному охочому надається можливість висловитися, обговорити з присутніми власні проблеми, почуття, які виникли (виникали) в умовах НС. Найчастіше постраждали порушують теми вимушених рішень, страхів, безпорадності, гніву на ситуацію, розчарування, смутку, втрат, розгубленості тощо. Ведучі підтримують груповий діалог, спільне обговорення; допомагають постраждалим осмислити значущість пережитих емоцій і висловити чуттєві враження для нейтралізації негативних образів (сформованих унаслідок НС).

Щоб запобігти психологічним ускладненням унаслідок розгортання пережитих почуттів та емоцій, ведучі гнучко коригують стан учасників, використовуючи для цього індивідуальну і групову підтримку (вербальну, невербальну). У разі нездатності деяких учасників брати участь в обговоренні (через сильне травмування, виражену негативну симптоматику тощо) по завершенні дебрифінгу робота триває індивідуально.

Фаза 5 – «Симптоми». На основі відповідей постраждалих на запитання «Як НС змінила ваше життя?», «Що у вас змінилося після НС у когнітивній, фізичній, емоційній, поведінковій сфері?», «Як ви себе відчували безпосередньо в НС, після неї (удома, протягом перших годин / днів)?», «Як ви почуваетесь зараз?» і т. ін. команда фіксує для подальшої роботи виявлені ознаки і симптоми стресу / дистресу²⁶. Важливо нагадати, що дебрифінг зазвичай відбувається через 24-72 години після розгортання подій і увагу під час роботи приділяють передусім стійким симптомам (див. протокол «Симптоми»). Адже в разі їх збереження у постраждалих протягом місяця формуються підстави для діагнозу посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

²⁶Стрес (у психіатрії) – психофізіологічний стан людини, що виникає як відповідь на різноманітні екстремальні дії (Психіатрія, 2001).

Стрес (у психології) – стан психічної напруги, що виникає у людини у процесі діяльності у найбільш складних, важких умовах як у повсякденному житті, так і за особливих обставин (Мещеряков Б. Г., Зинченко В. П., 2009).

Дистрес (від англ. distress – горе, страждання, сильне нездужання, виснаження) – стрес, який негативно впливає на організм та на діяльність і поведінку людини. Хронічне переживання дистресу може призвести до дисфункціональних та патологічних порушень. (Краткий психологический словарь, 1998).

На цій фазі дебрифінгу, а саме на етапі розгортання афективної частини, учасникам пропонують поміркувати про зміни їхнього фізичного і психологічного стану в НС. З огляду на те, що особливості самопочуття людей у кризових умовах мають певну схожість, ведучі акцентують увагу на природності та «універсальності» реакцій постраждалих.

Когнітивна частина. Фаза 6 – «Навчання». На основі виявлених в учасників групової роботи причин і симптомів стресової реакції (фіксуються на інформаційному стенді / дошці) команда допомоги спрямовує зусилля на нормалізацію психологічного стану постраждалих та надання їм інформації щодо засобів управління стресом.

По-перше, ведучий інформує про особливості реагування людей на НС:

- надає перелік типових (можливих) реакцій людей після (в) НС;
- розповідає про можливу динаміку реакцій з плином часу;
- конкретизує, чи є показання для того, щоб звернутися по допомогу до фахівців (якщо протягом місяця симптоматика стресу не зменшується або навіть посилюється, якщо здатність до роботи і самообслуговування не відновлюється) (див. Додатки А. 1; А. 4; Б. 2, Практики В).

По-друге, ведучий узагальнює описані в особистих історіях типові реакції на НС – «адекватні реакції на надзвичайні події» (використовуючи записи на інформаційному стенді/дошці).

По-третє, ведучий зосереджує увагу слухачів на тому, що люди відрізняються одне від одного, оскільки у кожного свої особливості реагування на НС.

По-четверте, ведучий наводить приклади вправ саморегуляції та інформує учасників про те, де вони можуть отримати допомогу (соціальну, психологічну, медичну тощо) (див. Додатки А. 1).

По-п'яте, команда допомоги відповідає на запитання, які виникли в учасників.

Фаза 7 – «Реадаптація (завершення)». Команда допомоги підсумовує питання, розглянуті під час дебрифінгу, і завершує роботу. Учасникам пропонується:

- скористатися роздатковими матеріалами (за Додатками);
- створити інформаційну базу групи (обмінятися телефонами, електронними адресами тощо) для підтримки одне одного;
- поставити запитання, які хвилюють учасників, але залишилися нерозкритими.

На завершення слід подякувати всім учасникам за роботу під час дебрифінгу, за виявлені щирість і відвертість,.

Додаток Б. 2. Другий рівень першої психологічної допомоги

Практики А

Нормативно-правові документи України

щодо підтримки учасників освітнього процесу в надзвичайній ситуації

У разі надзвичайної ситуації для стабілізації стану і забезпечення безпеки постраждалих керівники закладів освіти згідно з *нормативно-правовими документами України* організують переміщення учасників освітнього процесу в місця безпечної дислокації.

У переліку цих документів такі:

– Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення». (Редакція від 14.01.2021 р.).

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text>;

– Закон України «Про охорону дитинства». (Редакція від 01.12.2021 р.).

Офіційний вебпортал парламенту України.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2402-14#Text>;

– Методичні рекомендації для проведення бесід з учнями загальноосвітніх навчальних закладів з питань: уникнення враження мінами і вибухонебезпечними предметами та поведінки у надзвичайній ситуації: лист Міністерства освіти і науки України від 30.07.2014 р. № 1/9-385. Офіційний вебпортал парламенту України.

URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/122817_122817;

– Положення про організацію роботи з охорони праці та безпеки життєдіяльності учасників освітнього процесу в установах і закладах освіти. Затверджено Наказом Міністерства освіти і науки України від 26.12.2017 р. № 1669. Офіційний вебпортал парламенту України.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0100-18#Text>;

– Положення про порядок проведення навчання і перевірки знань з питань охорони праці в закладах, установах, організаціях, підприємствах,

підпорядкованих Міністерству освіти і науки України. Затверджено Наказом Міністерства освіти і науки України 18.04.2006 р. № 304 (у редакції наказу Міністерства освіти і науки України [22.11.2017 № 1514](#)). Офіційний вебпортал парламенту України. [URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0806-06#n15](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0806-06#n15);

– Положення про функціональну підсистему навчання дітей дошкільного віку, учнів та студентів діям у надзвичайних ситуаціях (з питань безпеки життєдіяльності) єдиної державної системи цивільного захисту. Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 14 грудня 2016 р. за № 1623/29753. Офіційний вебпортал парламенту України. [URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1623-16#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1623-16#Text);

– Правила пожежної безпеки для навчальних закладів та установ системи освіти України. Затверджено Наказом Міністерства освіти і науки України 15.08.2016 р. № 974. Офіційний вебпортал парламенту України. [URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1229-16#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1229-16#Text);

– Про заходи безпеки та можливі ризики виникнення надзвичайних ситуацій, терористичних актів, диверсій, мінування: лист МОН України ДСНС, керівникам департаментів (управлінь) освіти і науки обласних, Київської міської державних адміністрацій, вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації, начальникам управлінь Державної служби України з надзвичайних ситуацій № 1/9-55/02-1645/12 від 05.02.2015 р. Офіційний вебпортал парламенту України. [URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v5_12729-15#Text](https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v5_12729-15#Text);

– Про проведення заходів щодо протидії тероризму: лист МОН № 1/9-372 від 25.07.2014 р. Офіційний вебпортал парламенту України. [URL: http://osvita.ua/legislation/other/42258/print/](http://osvita.ua/legislation/other/42258/print/);

– Типове положення про службу охорони праці НПАОП 0.00-4.35-04. Затверджено Наказом Держнаглядохоронпраці України 15.11.2004 р. № 255. Офіційний вебпортал парламенту України. [URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1526-04#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1526-04#Text);

– Типове положення про порядок проведення навчання і перевірки знань з питань охорони праці. Затверджено Наказом Державного комітету України з нагляду за охороною праці 26.01.2005 р. № 15. Офіційний вебпортал парламенту України. [URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0231-05#n32;](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0231-05#n32)

– Щодо заходів безпеки у навчальних закладах. Наказ МОН України від 06.01.2015 р. № 2. Офіційний вебпортал парламенту України. [URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0002729-15#Text.](https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0002729-15#Text)

Практики В

Діагностування стану постраждалих у НС

Протокол фіксації неспецифічних поведінкових проявів у постраждалих (симптоми фізіологічних реакцій людини на її перебування в надзвичайних і стресових ситуаціях) (С. А. Поліщук)

Для розуміння індивідуальних особливостей реагування на несприятливі фактори виразного травмувального характеру пропонується протокол особливостей реагування організму на перебування людини в загрозових для її життя і здоров'я ситуаціях, які мають *неспецифічний характер*. Отримані дані дають змогу діагностувати фізіологічні реакції на перебування людини в ситуаціях, загрозових для її життя і здоров'я, визначати ступінь «вразливості» людини до виникнення психопатологій і фізичних захворювань, а отже, конкретизувати особливості доречної первинної психологічної допомоги.

Інструкція. Підкресліть цифру, яка відображає частоту проявів у вас того чи іншого симптому. Підрахуйте загальну кількість балів.

40-75 балів – шанси захворіти через перебування в загрозових для життя і здоров'я ситуаціях мінімальні;

76-100 балів – є імовірність захворіти;

101-150 балів – імовірність захворіти висока;

понад 150 балів – імовірно, несприятливі фактори вже вплинули на здоров'я.

**Бланк протоколу фіксації неспецифічних поведінкових проявів у
постраждалих у надзвичайних і стресових ситуаціях**

| Симптоми | Ніколи | Рідко (не частіше ніж один раз на півроку) | Іноді (частіше ніж один раз на місяць) | Часто (частіше ніж один раз на тиждень) | Постійно |
|---|---------------|---|---|--|-----------------|
| Затяжні головні болі | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Мігрені | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Болі в шлунку | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Підвищений тиск | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Холодні кисті рук | | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Печія | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Поверхнєве, часте дихання | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Діарея | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Сильне серцебиття | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Пітніють руки | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Нудота | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Метеоризм | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Часте сечовиділення | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Пітні стопи | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Масляниста шкіра | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Втома/виснаження | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Енурез | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Сухість у роті | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Тремор рук | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Болі в спині | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Болі в шії | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Жувальні рухи щелеп | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Скрегіт зубами | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Запори | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Відчуття тяжкості в грудях та в ділянці серця | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Запаморочення | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Бльовота | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Порушення менструального циклу | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Плями на шкірі | | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Прискорене серцебиття | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Коліки | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Астма | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Розлади травлення | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Знижений тиск | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Гіпервентиляція | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Болі в суглобах | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Сухість шкіряного покриву | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Стоматит/хвороби щелеп | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Алергія | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Протокол систематизації зовнішніх ознак реагування постраждалих на перебування в надзвичайній ситуації (за С. А. Поліщук)

Для диференціації емоційної реакції учасників освітнього процесу на їхнє перебування в надзвичайній ситуації пропонується протокол первинного зрізу зовнішніх ознак реагування постраждалих на перебування в надзвичайній ситуації.

Інструкція. Ознайомтеся, будь ласка, із сформульованими ознаками. Підкресліть ті з них, які ви в себе спостерігаєте.

Примітка. Можлива комбінованість ознак. Аналіз таких випадків є прерогативою психолога.

У результаті диференціації емоційної реакції учасників освітнього процесу на їхнє перебування у НС особи, які надають допомогу, систематизують проявленість емоційної реакції: «схвильованість», «напруженість», «виражена напруженість», «крайня напруженість».

Бланк систематизації зовнішніх ознак реагування постраждалих на перебування в надзвичайній ситуації

Дата обстеження « _____ » _____

П.І. _____

Стать _____ Вік _____

Рід занять як учасника освітнього процесу _____

| Емоційна реакція | Зовнішні ознаки реакції | | | | | Зауваження |
|-----------------------|---|---|-------------------------|-----------------------------------|---|------------|
| | міміка | поза/рухи | тремор | вазомоторика | дихання | |
| Спокій | м'язи обличчя розслаблені | поза розкута/ рухи ритмічні | немає | шкіра звичайного кольору | рівне/ритмічне | |
| Схвильованість | дещо нахмурене чоло, зведені брови, кутики губ можуть бути підняті вгору або стиснені губи | поза дещо напружена / рухи координовані, але відчувається деяка напруженість | легкий тремор пальців | легке почервоніння | дихання прискорене, але ритмічне | |
| Напруженість | високо підняті брови, зціплені зуби, кутики губ трохи опущені, може бути незначна асиметрія обличчя | рухи помітно напружені, плечі ледь підняті вгору, окремі рухи іноді підсилюються рухом усього тіла, нехарактерна незграбність | помітний тремор пальців | помітне почервоніння або блідість | дихання прискорене і неритмічне | |
| Виражена напруженість | зуби зціплені, «грають» вилиці, рот неприродно відкритий, іноді оскалений, кутики рота опущені, помітна асиметрія обличчя | помітна скутість, значні зусилля в рухах, іноді всього тіла, порушена координація рухів | тремор рук і ніг | почервоніння у вигляді плям | різке прискорення дихання із скороченням фази видиху | |
| Крайня напруженість | оскал обличчя, смоктальні рухи, губи витягнуті асиметрично вперед | надмірна скутість, тіло «не слухається», рухи некоординовані | тремор усього тіла | почервоніння у вигляді плям | різке прискорення дихання із скороченням фази видиху, симптоми задухи | |

Практики С

Структуроване інтерв'ю (психологічне обстеження стану постраждалого)

(за Н. О. Довгань)



Щоб ознайомитися з історією пережитого постраждалим і конкретизувати особливості його психічного стану, визначити оптимальний алгоритм надання йому психосоціальної допомоги, пропонуємо комплекс методик психологічної діагностики стресових розладів і чотири блоки структурованих запитань (особисті дані, відомості про родину, відомості про стан здоров'я та психологічні показники, опис НС та поточних обставин). Деякі позиції скринінгу можна заповнити перед обстеженням.

Перед інтерв'юванням психолог пояснює клієнту мету роботи – сприяння відновленню і збереженню психічного здоров'я постраждалих у НС; повідомляє про конфіденційність отриманої інформації.

Протокол психологічного обстеження

Дата: _____ час _____ (з _____ до _____ години)

Форма обстеження: віч-на-віч / із супроводжуючими особами (обрати один варіант)

1. Особисті дані

Прізвище: _____ Ім'я _____ по батькові _____

Дата народження: _____ (день / місяць / рік)

Фізична особа: _____ (стать), _____ громадянство

Освіта: _____ (заклад освіти), _____

група / клас / курс

Спеціальність: _____

_____ (для студентів)

Адреса: _____ (місце проживання фізичної особи)

Телефон: _____

Позашкільна освіта: (музика, спорт, гуртки тощо) _____

Захоплення: (хобі) _____

Чи були звернення до психолога раніше ___(так),___(ні).

Чи була робота із психологом ефективною ___(так),___(ні),
чому _____.

Що зараз змусило звернутися до психолога?

Рішення про звернення ухвалювалося самостійно чи за рекомендацією вчителів / викладачів / батьків / друзів (підкреслити необхідне).

2. Відомості про родину

(П.І.Б., дата народження, місце проживання та реєстрації, місце роботи, контактний телефон. Якщо не працює, зазначити причину: інвалід/ пенсіонер / домогосподарка / безробітний. Якщо батьки працюють за кордоном, зазначити, хто займається(-мався) доглядом та вихованням клієнта (дитини): бабуся (дідусь) / тітка (дядько) / знайомі тощо (зазначити контактний телефон).

Мати: _____

Батько: _____

Опікуни: _____

Кількість дітей у сім'ї (1/2/3/4 і більше) _____

Брати, сестри (П.І.Б., дата народження, місце проживання та реєстрації) _____

Категорія сім'ї (повна/неповна; з матір'ю, з батьком, рідні батьки / опікуни; сприяє гармонійному психічному і фізичному розвитку / неблагополучна; дитина-сирота/напівсирота) _____

*Код життєвої ситуації*²⁷: 01 – інвалідність батьків або дітей; 02 – вимушена міграція; 03 – наркотична або алкогольна залежність одного з членів

²⁷Коди складної життєвої ситуації (Порядок взаємодії суб'єктів соціальної роботи..., 2006).

Авторитарний _____ (батьки віддають перевагу контролю, агресивно-командному впливу; контролюють життя дитини, приймають за неї рішення; часто унеможливають самостійність, ініціативу, самоконтроль дітей).

Ліберальний _____ (батьки намагаються уникати конфліктів, поблажливі, відкриті у спілкуванні; невимогливі до поведінки дитини).

Індиферентний стиль виховання _____ (батьки емоційно віддалені від дітей, не дбають про них. Батьки зайняті власними проблемами – не підтримують дітей і не задовольняють їхні мінімальні потреби. Діти можуть розраховувати тільки на себе).

Гіперопіка _____ (тісні зв'язки у родині; батьки надмірно опікуються і піклуються, діти несамостійні, мають обмеження активності).

Раціоналістичний _____ (родина дотримується визначених прав та обов'язків, заохочується емоційна стриманість, відповідальність як батьків, так і дітей).

Відкрите партнерство _____ (поважне ставлення батьків і дітей одне до одного; свобода вибору в ухваленні рішень та виборі ролей; товариські, довірливі стосунки).

Типові конфлікти в сім'ї та способи їх вирішення

Методи заохочення та покарання в сім'ї

Оцінка батьками поведінки дитини (добрий, слухняний, різкий, упертий, образливий) _____

Стосунки з однолітками _____

Що викликає стурбованість батьків у поведінці дитини _____

Рекомендована консультація сімейного психотерапевта:

____(так),____(ні).

3. Відомості про стан здоров'я та психологічні показники

Дані про особливості перебігу психофізіологічного розвитку клієнта (дитини), отримані від батьків (перебіг вагітності, пологів, дані про захворювання дитини в перший рік життя; особливості історії розвитку дитини: наявність психічних травм, важливих змін у житті дитини, важких захворювань) _____

Чи вважає себе клієнт (дитина) здоровою людиною? ____ (так), ____ (ні).

Якщо хворіє, то на що саме: _____

Наявність інвалідності: ____ (так), ____ (ні).

Якщо так, то якої групи: _____

Особливості лікування протягом останнього місяця:

- стаціонар _____
- денний стаціонар _____
- амбулаторне лікування _____
- відчуває себе хворим, але не отримує ніякого лікування _____
- отримує лікування в осіб без медичної освіти _____

Причина госпіталізації останнього місяця:

Відділення, у якому проходив лікування:

Коментарі (необов'язково):

*Як оцінює свій стан здоров'я на цей момент: _____ добрий;
_____ задовільний; _____ незадовільний; _____ вкрай незадовільний.*

*Що з'явилося у клієнта нового, чого не було до надзвичайної ситуації:
у поведінці _____*

в емоціях _____

у відчуттях _____

у думках _____

зміна життєвих цінностей _____

інше _____

4. Опис надзвичайної ситуації та поточних обставин (травматичний досвід)

Чи був клієнт коли-небудь у надзвичайній ситуації раніше: бойові дії, техногенні аварії, природні катаклізми, звалтування, розбійний напад тощо

Чи зазнавав він серйозної психофізичної травми; чи переживав загрозу своєму життю; чи був присутнім під час смерті іншої людини; чи був факт завдання матеріальних збитків, погроз на адресу його родини тощо

Чи пам'ятає клієнт про те, що сталося нещодавно (у надзвичайній ситуації) _____

Де відбулася подія? _____

Як довго клієнт перебував у надзвичайній ситуації?

1. Тижні _____ 2. Дні. _____ 3. Години _____

4. Хвилини _____.

Що для клієнта ускладнювало переживання надзвичайної ситуації _____

Що допомагало пережити надзвичайну ситуацію _____

Що призвело до виникнення проблем, які ускладнюють тепер життя клієнта _____

*Які стресові фактори впливали на клієнта в надзвичайній ситуації*_____

*Які були чинники ухвалення певних рішень у надзвичайній ситуації*_____

Що ускладнювало отримання допомоги / підтримки в подоланні наслідків надзвичайної ситуації

5. Психологічна діагностика стресових розладів

Протокол фіксації специфічних поведінкових проявів

Специфічні особливості сприймання людиною психологічного часу, що є основою належності до певного тау-типу, опосередковують її особисту роль та реагування на загрозливі ситуації. Уміння організувати свій час – важлива умова для суб'єктивного відчуття контролю власного життя, яке є стратегічним для стресостійкості людини і набуття нею досвіду переживання з найменшими втратами як критичних, так і надзвичайних ситуацій.

Як приклад пропонуємо характеристики типів Б. Цуканова (2000).

1. «Дуже швидкий» тип (індивідуальна тривалість часу становить 0,7 с←0,79 с): найчастіше переживають гостру нестачу часу, перебіг якого позначають дієсловами «летить», «біжить»; перевагу віддають майбутньому; байдужі до минулого.

2. «Швидкий» тип (індивідуальна тривалість часу в межах 0,8 с←0,89 с): вирізняється переживаннями нестачі часу і відчуттям постійного «запізнення». Перебіг часу: «летить», «біжить».

Крайній прояв типу (індивідуальна тривалість становить 0,8 с←0,85 с) прагне якнайшвидше наблизити бажане майбутнє. Для інших осіб (до 50%), наближених до «врівноваженого» типу психологічного часу (0,86 с→0,89 с), майбутнє є цікавим, але не так приваблює. Не подобається очікувати, бажають наздоганяти час.

3. «Урівноважений» тип (індивідуальна тривалість часу 0,9 с): перебіг часу гармонійно переживається за допомогою дієслів «іде», «рухається» («золота середина»): переконаний у важливості переживання «тут і тепер» як екзистенції власного буття, яке збалансовано інтегрується між минулим і майбутнім.

4. «Помірний» тип (індивідуальна тривалість часу 0,91 с→1 с): зазвичай його представники не переживають дефіциту часу, перебіг якого характеризують дієсловами «стоїть», «не рухається». Збентежено ставляться до

майбутнього. Очікування не створює виразного дискомфорту на відміну від необхідності наздоганяти час.

Крайній прояв типу (індивідуальна тривалість часу становить 0,91 с→0,94 с) відображає цінуння теперішнього з тяжінням до минулого. Для решти (до 50%), наближених до «рутинного» типу психологічного часу (0,95 с→1,0 с), минуле, навпаки, бажаніше, ніж теперішнє.

5. «Рутинний» тип (індивідуальна тривалість часу 1,01 с→1,1 с) характеризується переживанням надлишку часу. Його представники вважають, що час «крокує». Минуле є для них надійною життєвою основою (повна байдужість до майбутнього), а очікування не створює виразного дискомфорту на відміну від необхідності діяти в ситуації «вимушеного поспіху».

Отже, знаючи належність людини до певного типу психологічного часу, можна з великою ймовірністю передбачати особливості її індивідуального реагування на загрозові для неї ситуації.

Кількісні показники індивідуальної тривалості часу і типу психологічного часу

| Показник індивідуальної тривалості часу | Тип психологічного часу |
|--|--|
| 0,7 с←0,79 с (з тяжінням до 0,7 с) | «Дуже швидкий» |
| 0,8 с←0,89 с | «Швидкий» |
| 0,8 с←0,85 с | Крайній вияв «швидкого» |
| 0,86 с→0,89 с | «Швидкий» (наближений до «врівноваженого») |
| 0,9 с | «Урівноважений» |
| 0,91 с→1 с | «Помірний» |
| 0,91 с→0,94 с | Крайній вияв «помірного» |
| 0,95 с→1,0 с | «Помірний» (наближений до «Рутинного») |
| 1,01 с→1,1 с | «Рутинний» |

Об'єктивний метод вивчення типу темпераменту (за Б. Цукановим)

Психолог по чергово пред'являє учаснику дослідження (у протокольному порядку) часові інтервали в 1, 2, 3, 4, 5 секунд, використовуючи для цього спортивний секундомір механічного типу (для фіксації використовувати наведену нижче таблицю).

Учасник дослідження має щоразу запам'ятовувати тривалість запропонованого часового інтервалу і відтворювати його (не дивлячись на циферблат) шляхом натискання кнопки секундоміра.

Заміри пропонується проводити у дві серії: перша – навчальна (складається із п'яти експозицій і відтворень), друга – контрольна (складається з десяти експозицій і відтворень).

По закінченні експозиції і після відтворення всіх інтервалів підраховується показник типу темпераменту, названий Б. Цукановим тау-типом (τ). Для цього підраховується сума об'єктивно запропонованих психологом інтервалів ($\sum T_{ок}$) і сума суб'єктивно відтворених учасником дослідження інтервалів ($\sum T_{с}$).

Формула визначення тау-типу має такий вигляд:

$$\tau = \frac{\sum T_{ок}}{\sum T_{с}}$$

Примітка. Під час експозиції інтервалів психолог може допустити похибку, саме для її фіксації пропонується графа « $\sum T_{ок}$ ». Важливо враховувати міру точності відтворення інтервалів. Тут можна використовувати показник середнього квадратичного відхилення.

Експозиція часових інтервалів психологічного часу

| Експозиції | | Відтворення |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Т_о (сек.) | Т_{ок} (сек.) | Т_с (сек.) |
| 4 | | |
| 3 | | |
| 2 | | |
| 1 | | |
| 5 | | |
| 4 | | |
| 3 | | |
| 2 | | |
| 5 | | |
| 1 | | |
| $\sum T_o = 30''$ | $\sum T_{ок} =$ | $\sum T_c =$ |

Методика вивчення рівнів емоційної саморегуляції (за С. А. Поліщук)

П.І. _____

Стать _____

Вік _____

Рід занять _____

Інструкція. Ознайомтеся, будь ласка, з нижченаведеними твердженнями. Обраний варіант позначте знаком «+» залежно від того, як Ви почуваетесь зазвичай. Довго не думайте, правильних або неправильних відповідей не буває. (Бланк наведено після відомостей про обробку та інтерпретацію результатів)

Обробка та інтерпретація результатів

Підрахуйте бали в стовпчиках. Помножте отриманий результат на відповідний коефіцієнт (його зазначено внизу кожного стовпчика). Додайте бали стовпчиків між собою. Отриманий результат показує належність до одного з нижченаведених рівнів емоційної саморегуляції.

Високий рівень (140-175 балів). У людей добре розвинена інтуїція, що дає змогу безпомилково обирати для себе місця комфорту і безпеки, оптимальну просторову позицію (облаштування двору, вулиці, вибір місця відпочинку тощо). Виразна потреба в русі, активних видах діяльності. Із задоволенням долучаються до бігу, оздоровчих практик. Віддають перевагу прогулянкам, де активно взаємодіють з природою (відчуття дотику трави, піску тощо). Розвинене відчуття захищеності, комфорту, спокою. Якісно оцінюються «сигнали» соціального оточення і внутрішнього стану, де останні є більш значущими. Виразні емоційні переживання. Не подобаються ситуації перебування в сенсорному дискомфорті, порушеному режимі. Пережиті емоції конструюють оптимальну тактику сенсорної взаємодії із середовищем, унаслідок чого є усталені індивідуальні смаки, звички («не люблю гамір», «люблю рано вставати», «не можу жити без солодкого» тощо). Об'єктивно

оцінюють власні сили. Схильні накопичувати знання про себе, власні успіхи та поразки, що позитивно впливає на рівень домагань загалом. Неочікувані враження не лякають, а цікавлять. Перешкоди спричиняють не страх, а гнів, агресію. Активно перетворюють окремі неприємні враження в приємні. Захоплюються детективною, пригодницькою літературою. На самопочуття впливає емоційна оцінка соціального оточення. Схильні вирішувати складні життєві питання. Розвинена здатність співпереживати та співчувати. Є емоційна впевненість в інших людях, їхніх знаннях. Якщо потрібно, можуть звертатися по допомогу.

Вищий від середнього (105-139 балів). Люди обирають для себе комфорт і безпеку, оптимальну просторову позицію (облаштування двору, вулиці, вибір місця відпочинку тощо). Мають потребу в русі та захищеності, спокої. Домівка, одяг, пейзаж допомагають зберегти почуття гармонії, спокою. Зосереджені на навколишньому середовищі і власному самопочутті. Схильні до виразних емоційних переживань. Важко переживають сенсорний дискомфорт, порушення режиму. Стійка пам'ять на пережиті емоції сприяє формуванню афективного досвіду сенсорної взаємодії із середовищем, впливає на індивідуальні смаки, звички («не люблю гамір», «люблю рано вставати», «не можу жити без солодкого» тощо). Подобається рух, дотримання життєвого ритму. Періодично практикують біг, оздоровчі практики. Віддають перевагу прогулянкам. Переважно намагаються покладатися на власні сили. Схильні до самопізнання, аналізу причин успіхів і поразок, що зазвичай позначається на рівні домагань. Відкриті для нового досвіду. Мають афективну потребу в небезпеці, яка може виявлятися вербально («жахи», захоплення детективною, пригодницькою літературою). Самовідчуття, як правило, визначається емоційною оцінкою соціального оточення. Уміють співчувати. Емоційно впевнені в інших людях, їхніх знаннях. Готові долати перешкоди і звертатися по допомогу до соціального оточення. Невдачі стимулюють до життєвих змін.

Середній (70-104 бали). Люди занепокоєні пошуком комфорту і безпеки. Зосереджені на оптимальній просторовій позиції (облаштування двору, вулиці,

вибір місця відпочинку тощо). Періодична потреба в русі. Водночас виразною є потреба в захищеності, часто за рахунок соціального оточення. Важко зберігають почуття внутрішньої гармонії, спокою. Порушення потреб знижує працездатність, впливає на настрій. Часом «застрягають» в емоційних переживаннях. Домінує емоційна ригідність. Невиробленість або порушення режиму значно погіршують самопочуття, спричиняють сенсорний дискомфорт, знижують активність. Стійка пам'ять на пережиті емоції сфокусована на негативних подіях, які стають провідними в досвіді сенсорної взаємодії з навколишнім середовищем, що здебільшого позначається на індивідуальних смаках, звичках. Аутостимуляція радості часто пов'язана з їжею, спілкуванням, переглядом передач, комп'ютерними іграми тощо. Спостерігаються нав'язливі рухи (постукування ногою, хитання тулуба тощо). Задоволення можуть приносити прогулянки на свіжому повітрі, хоча загалом рухова активність є обмеженою. Очікування підтримки і допомоги від інших переважає над прагненням покладатися на власні сили. Аналіз причин успіхів і поразок часто позначається на зниженні самооцінки та рівні домагань. Обмежена цікавість до нового досвіду. Перешкоди лякають, змушують відмовлятися від планів. Ситуації можливої небезпеки позбавляють спокою і впевненості. Самооцінка безпосередньо залежить від емоційної оцінки соціального оточення. Слабко розвинена емпатія. Здебільшого емоційно невпевнені в інших людях, їхніх знаннях, унаслідок чого часто почуваються в небезпеці, не готові звертатися по допомогу. Мають виразні страхи.

Низький (35-69 балів). Панічний пошук зони комфорту і безпеки. Невміння створювати для себе оптимальну просторову позицію (облаштування двору, вулиці, вибір місця відпочинку тощо). Рухи хаотичні, часто позбавлені кінцевої мети. Порушення будь-яких потреб викликає стан надмірної напруженості, знервованості, на тлі чого виразною є схильність до стійких афективних переживань, агресії. Найменші зміни у звичному способі життя деморалізують, спричиняють пригніченість. Життєві події оцінюються негативно. Великого значення набувають уже сформовані звички і можливість

їх дотримуватися, навіть якщо вони шкідливі для здоров'я. Радість і задоволення переважно пов'язані з їжею, переглядом передач, комп'ютерними іграми тощо. Спостерігаються нав'язливі рухи (постукування ногою, хитання тулуба тощо). Рухова активність обмежена лише нагальними потребами. Стабільний життєвий ритм не вироблено. Виразне очікування підтримки і допомоги від інших. Невпевненість у власних силах. Причини успіхів убачаються у збігах обставин, фортуні тощо. Акцент на невдачах значно знижує рівень домагань. Будь-який новий досвід напружує, викликає дискомфорт. Перешкоди лякають, змушують відмовлятися від попередніх планів. Ситуації можливої небезпеки позбавляють спокою і впевненості. Самооцінка повністю базується на емоційних оцінках соціального оточення. Нерозвинена емпатія. Недовіра до інших людей, їхніх знань, що спричиняє болісне почуття небезпеки, самотності, браку підтримки інших. Характерними особливостями є «втеча» від невдач, прояви агресії, страх звернутися по допомогу.

Бланк методики вивчення рівнів емоційної саморегуляції

| Твердження | Ні | Більше ні, ніж так | Буває по- різному | Більше так, ніж ні | Так |
|---|----------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|----------|
| 1. Мені комфортно | | | | | |
| 2. Почуваюся в безпеці | | | | | |
| 3. Відчуваю розслабленість | | | | | |
| 4. Забуваю про повсякденні проблеми, коли буваю на природі | | | | | |
| 5. Природа мене заспокоює | | | | | |
| 6. У мене є улюблені місця відпочинку на природі | | | | | |
| 7. Турбуючись про внутрішню рівновагу, я використовую спеціальні вправи (гімнастика, дихання, медитація, йога тощо) | | | | | |
| 8. Дістаю задоволення від того, що роблю | | | | | |
| 9. Для мене важливо розуміти себе | | | | | |
| 10. Аналізую причини свого самопочуття | | | | | |
| 11. Умію приймати свої поразки | | | | | |
| 12. Мені подобається мій спосіб життя | | | | | |
| 13. Я керую своїми емоціями | | | | | |
| 14. У мене є свої вподобання | | | | | |
| 15. Люблю прогулянки | | | | | |
| 16. Не переживаю через дрібниці | | | | | |
| 17. Люблю активний спосіб життя | | | | | |
| 18. Контролюю себе у складних ситуаціях | | | | | |
| 19. Прагну самостійно розв'язувати свої проблеми | | | | | |
| 20. Для мене важливі мої здобутки | | | | | |
| 21. Задоволений(-на) тим, що роблю | | | | | |
| 22. Задоволений(-на) своєю поведінкою у складних ситуаціях | | | | | |
| 23. У мене вистачить сил, щоб змінюватися | | | | | |
| 24. Мені подобаються складні завдання | | | | | |
| 25. Хочу змінюватися | | | | | |
| 26. Іноді мене приваблюють ситуації небезпеки | | | | | |
| 27. Розумію ставлення до себе інших | | | | | |
| 28. Не хвилююся з приводу того, що про мене кажуть інші | | | | | |
| 29. Мені б не хотілося розчарувати своє оточення | | | | | |
| 30. Приймаю себе таким(-ою), яким(-ою) я є | | | | | |
| 31. Розумію переживання інших людей | | | | | |
| 32. Умію ставити себе на місце іншого | | | | | |
| 33. Не хочу нікому робити боляче | | | | | |
| 34. Поряд ті люди, яких я поважаю | | | | | |
| 35. Можу звернутися по допомогу | | | | | |
| Коефіцієнти | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Оцінка схильності до нервового зриву²⁸

Інструкція. Ознайомтеся, будь ласка, з нижченаведеними питаннями. Дайте відповідь, вибравши один із запропонованих варіантів, що найбільше відповідає Вашій поведінці. Позначте у відповідному стовпчику обраний варіант відповіді. Довго не думайте, правильних або неправильних відповідей не буває.

Обробка та інтерпретація результатів

Підрахуйте бали, зазначені після обраних Вами відповідей.

Від 45 до 63 балів. Нервовий зрив для Вас – реальна загроза. Перевірте тиск і вміст холестерину в крові. Чи не пора змінити спосіб життя?

Від 22 до 44 балів. Потрібно ставитися до життя розважливіше й уміти внутрішньо розслаблятися, знімати напруженість.

Від 21 до 9 балів. Вам вдається зберігати спокій і врівноваженість. Намагайтеся й надалі уникати хвилювань, не звертати уваги на дрібниці і не сприймати драматично будь-які невдачі.

Менше ніж 9 балів. Якщо Ви відповідали чесно і відверто, то єдина загрозна небезпека – це надмірний спокій.

²⁸Див.: Психологія: Методичні рекомендації до виконання ... (2014).

Бланк оцінювання схильності до нервового зриву

П.І.Б. _____

Стать _____

Вік _____

Рід занять _____

| Твердження | Варіанти відповідей | | | | |
|--|-----------------------|----------------|--------------------------|---|--------------------|
| | Так | Дуже часто | Іноді | Дуже рідко | Ніколи |
| 1. Вам важко звернутися до кого-небудь із проханням про допомогу? | Так | Дуже часто | Іноді | Дуже рідко | Ніколи |
| 2. Чи думаєте Ви про свої проблеми навіть у вільний час? | Так | Дуже часто | Іноді | Дуже рідко | Ніколи |
| 3. Коли бачите, що в людини щось не виходить, чи відчуваєте Ви бажання зробити це замість неї? | Так | Дуже часто | Іноді | Дуже рідко | Ніколи |
| 4. Чи довго Ви хвилюєтеся через неприємності? | Так | Дуже часто | Іноді | Дуже рідко | Ніколи |
| 5. Скільки часу ввечері Ви відводите собі? | більше трьох годин | Дві-три години | Одну-дві години | Менше години | жодної хвилини |
| 6. Чи перебиваєте Ви людину, яка Вам щось пояснює із зайвими подробицями? | Так | Часто | Залежно від обставин | Зрідка | Ні |
| 7. Про Вас говорять, що Ви завжди поспішаєте? | Так | Часто поспішаю | Іноді поспішаю, як і всі | Поспішаю тільки в надзвичайних випадках | Ніколи не поспішаю |
| 8. Чи важко Вам відмовитися від смачної їжі? | Так | Часто | Залежно від обставин | Зрідка | Ніколи |
| 9. Чи доводиться Вам робити кілька справ одночасно? | Так | Часто | Залежно від обставин | Зрідка | Ніколи |
| 10. Чи буває так, що під час розмови Ваші думки «літають» десь дуже далеко? | Так | Часто | Трапляється | Зрідка | Ніколи |
| 11. Чи не здається Вам інколи, що люди говорять про нудні й непотрібні речі? | Так | Часто | Іноді | Дуже рідко | Ніколи |
| 12. Чи нервуетесь Ви, коли стоїте в черзі? | Так | Часто | Іноді | Дуже рідко | Ніколи |
| 13. Чи подобається Вам давати поради? | Так | Часто | Іноді | Дуже рідко | Ніколи |
| 14. Чи довго Ви вагаєтесь, перш ніж прийняти рішення? | Завжди | Дуже часто | Часто | Дуже рідко | Ніколи |
| 15. Як Ви говорите? | Квапливо, скоромовкою | Швидко | Спокійно | Повільно | Поважно |

Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності

(за Д. Расселом і М. Фергюсон)

Інструкція. Вам пропонується низка тверджень. Розгляньте послідовно кожне й оцініть з погляду частоти їхнього прояву щодо Вашого життя за допомогою чотирьох варіантів відповідей: «часто», «іноді», «рідко», «ніколи». Обраний варіант позначте знаком «+». Довго не думайте, правильних або неправильних відповідей не буває.

Обробка та інтерпретація результатів.

Підраховується кількість кожного з варіантів відповідей. Сума відповідей «часто» збільшується на три, «іноді» – на два, «рідко» – на один і «ніколи» – на 0. Отримані результати додаються. Максимально можливий показник самотності – 60 балів. Високий ступінь самотності – від 40 до 60 балів, від 20 до 40 балів – середній рівень, від 0 до 20 балів – низький рівень самотності.

Бланк діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності

П.І. _____

Стать _____

Вік _____

Рід занять _____

| Твердження | Часто | Іноді | Рідко | Ніколи |
|---|--------------|--------------|--------------|---------------|
| 1. Я нещасливий, коли займаюся багатьма справами наодинці | | | | |
| 2. Мені ні з ким поговорити | | | | |
| 3. Для мене нестерпно бути таким самотнім | | | | |
| 4. Мені не вистачає спілкування | | | | |
| 5. Я відчуваю, начебто ніхто насправді не розуміє мене | | | | |
| 6. Я перебуваю в очікуванні, що люди зателефонують або напишуть мені | | | | |
| 7. Немає нікого, до кого я міг би звернутися | | | | |
| 8. Я зараз більше ні з ким не близький | | | | |
| 9. Ті, хто мене оточує, не поділяють моїх інтересів та ідей | | | | |
| 10. Я відчуваю себе покинутим | | | | |
| 11. Я не здатний бути розкутим і спілкуватися з тими, хто мене оточує | | | | |
| 12. Я відчуваю себе зовсім самотнім | | | | |
| 13. Мої соціальні стосунки і зв'язки поверхові | | | | |
| 14. Я вмираю від туги за компанією | | | | |
| 15. Насправді ніхто не знає мене | | | | |
| 16. Я відчуваю себе ізольованим від інших | | | | |
| 17. Я нещасливий, адже мною знехтували інші | | | | |
| 18. Мені важко знаходити собі друзів | | | | |
| 19. Я відчуваю себе виключеним та ізольованим іншими | | | | |
| 20. Люди навколо мене, але не зі мною | | | | |

Методика діагностики рівня соціальної фрустрованості (за В. Бойко)

Інструкція. Вам пропонується низка тверджень. Розгляньте послідовно кожне й оцініть з погляду їхнього прояву щодо Вашого життя за допомогою чотирьох варіантів відповідей: 1 – цілком задоволений; 2 – скоріше задоволений; 3 – скоріше не задоволений; 4 – цілком не задоволений.

Обраний варіант позначте знаком «+». Довго не думайте, правильних або неправильних відповідей не буває.

Бланк діагностики рівня соціальної фрустрованості

П.І. _____

Стать _____

Вік _____

Рід занять _____

| Чи задоволені Ви: | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| своєю освітою | | | | |
| умовами, у яких перебуваєте | | | | |
| своім становищем у суспільстві | | | | |
| матеріальним становищем | | | | |
| житлово-побутовими умовами | | | | |
| стосунками з чоловіком (дружиною) | | | | |
| стосунками з дитиною (дітьми) | | | | |
| стосунками з батьками | | | | |
| станом суспільства (держави) | | | | |
| стосунками з друзями, найближчими знайомими | | | | |
| сферою послуг і побутового обслуговування | | | | |
| сферою медичного обслуговування | | | | |
| проведенням дозвілля | | | | |
| можливістю відпочивати | | | | |
| можливістю вибору місця проживання | | | | |
| своім способом життя загалом | | | | |

Обробка та інтерпретація результатів.

За кожним пунктом визначається показник рівня фрустрованості. Він може варіюватися від 0 до 4 балів.

Висновки про рівень соціальної фрустрованості робляться з урахуванням величини бала за кожним пунктом. Чим більший бал (середній бал), тим вищий рівень соціальної фрустрованості: 3,5–4 бали – дуже високий рівень фрустрованості; 3,0–3,4 – підвищений рівень фрустрованості; 2,5–2,9 – помірний рівень фрустрованості; 2,0–2,4 – незначний рівень фрустрованості; 1,5–1,9 – знижений рівень фрустрованості; 0,5–1,4 – дуже низький рівень фрустрованості; 0–0,5 бала – фрустрованості немає загалом (або майже немає) (Фетискин, Козлов, Мануйлов, 2002).

Методика вивчення тривожності (за Ч. Спілбергером)

Інструкція. Уважно прочитайте кожне твердження і закресліть праворуч відповідний бал залежно від того, як Ви в цей час почуваетесь. Над завданнями довго не думайте, правильних або неправильних відповідей не буває.

Бланк вивчення тривожності

П.І. _____

Стать _____

Вік _____

Рід занять _____

| Твердження | Ні, це зовсім не так | Мабу ть, так | Прав ильно | Абсол ютно прави льно |
|--|----------------------------|--------------------|---------------|--------------------------------|
| 1. Я спокійний(-а) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Мені ніщо не загрожує | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Я напружений(-а) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Я жалкую | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Я відчуваю розкату | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Я засмучений(-а) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Мене хвилюють можливі невдачі | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Я бадьорий(-а) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Я стривожений(-а) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Я переживаю внутрішнє задоволення | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Я впевнений(-а) у собі | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Я нервую | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Я не знаходжу собі місця | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Я знервований(-а) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Я не відчуваю напружено, некомфортно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Я задоволений(-а) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Я занепокоєний(-а) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Я надто збуджений(-а) і мені не по собі | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Мені радісно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Мені приємно | 1 | 2 | 3 | 4 |

Обробка та інтерпретація результатів

Ситуативна (або реактивна) тривожність вимірюється комплексом із 20 тверджень, 10 із яких свідчать про напруженість, неспокій, а решта – що їх немає.

Оцінка стану тривожності. Від суми відповідей на твердження № 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 віднімається сума відповідей на твердження № 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. До отриманого результату додається число 50.

Рівні ситуативної (реактивної) тривожності:

низький: менше ніж 30 балів;

середній: 30-45 балів;

високий: понад 45 балів.

Шкала самооцінки (за Ч. Спілбергером)

Інструкція. Уважно прочитайте кожне речення і закресліть відповідний бал справа залежно від того, як Ви зазвичай почуваетесь. Довго не думайте, правильних або неправильних відповідей не буває.

Бланк шкали самооцінки

| Твердження | Майже ніколи | Іноді | Часто | Майже Завжди |
|--|--------------|-------|-------|--------------|
| 1. Я задоволений(-а). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Я швидко втомлююсь. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Я можу легко заплакати. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Я хотів(-ла) би бути таким(-ою) щасливим(-ою), як інші. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Трапляється, я програю, бо недостатньо швидко приймаю рішення. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Я бадьорий(-а) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Я спокійний(-а), витриманий(-а) і зібраний(-а). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Мене дуже непокоїть очікування труднощів. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Я надто переживаю через дрібниці. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Я цілком щасливий(-а.) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Я надто близько беру все до серця. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Мені бракує впевненості в собі. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Я відчуваюся безпечно. | | | | |
| 14. Я прагну уникати критичних ситуацій і труднощів. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. У мене буває хандра. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Я буваю задоволений(-а). | | | | |
| 17. Усілякі дрібниці мене відволікають і хвилюють. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Я так сильно розчаровуюся, що потім не можу про це забути. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Я врівноважена людина. | | | | |
| 20. Мене охоплює сильний неспокій, коли думаю про свої справи і турботи. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Обробка та інтерпретація результатів

Особистісна шкала самооцінки Спілбергера містить 20 тверджень.

Оцінка стану тривожності. Від суми відповідей на твердження № 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20 віднімається сума відповідей на твердження № 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19. До отриманого результату додається число 35.

Рівні особистісної тривожності:

низький: менше ніж 30 балів;

середній: 30-45 балів;

високий: понад 45 балів (Лучшие психологические тесты, 1992).

**Рекомендований додатковий психологічний інструментарій діагностики
стресових розладів**

1. Тест САН (Самопочуття. Активність. Настрій).
2. Особистісна шкала проявів тривоги (Д. Тейлор).
3. Опитувальник нервово-психічної напруженості (НПН) (Т. А. Немчин).
4. Шкала астеничного стану (ШАС) Л. Д. Малкової (адаптована Т. Г. Чертовою).
5. Експрес-діагностика рівня особистісної фрустрації (В. В. Бойко).
6. Тест «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк).
7. Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу (ОС ПТСР).
8. Опитувальник Мінімулт (скорочений багатofакторний опитувальник для дослідження особистості – СБОО).
9. Опитувальник травматичного стресу (І. О. Котеньов).

Додаток Б. 3. Третій рівень першої психологічної допомоги

Кризове психологічне консультування²⁹

На третьому рівні ППД як інструментарій диференціації психологічних проблем і психічних розладів можна запропонувати систему кризового втручання Rick A. Myer *Triage assessment system* (TAS)³⁰.



Система оцінювання стану постраждалих (TAS) дає змогу протягом обмеженого проміжку часу конкретизувати реакції на НС, їхню інтенсивність, визначити ресурси, необхідні для виходу з кризи, оцінити ризики для життя та обґрунтувати (не)доцільність госпіталізації. За допомогою TAS вибудовують стратегію втручання на основі даних моніторингу психічного стану здоров'я. Модель TAS складається із трьох сфер, за якими оцінюють ступінь тяжкості кризи, рівень мобільності постраждалих, спектр думок про самогубство, здатність логічно мислити тощо.

У першій – *афективній* – сфері аналізують реакції клієнтів (гнів / ворожість, тривога / страх, смуток / меланхолія); вивчають ступінь їхньої вираженості (від незначного до гострого). Емоційна реакція, яку найчастіше демонструє постраждалий, фіксують у протоколі як первинну афективну. Інші вважають вторинними або третинними.

У другій сфері – *поведінковій* – диференціюють три поведінкові реакції: знерухомлення (*immobility* – нездатність діяти, долати кризу), уникнення (*avoidance* – спрямованість на уникання проблемних питань) і рух (*approach* – спроби розв'язати проблеми, що виникли внаслідок кризи) (Myer, Williams, Ottens, & Schmidt, 1992).

У третій сфері – *когнітивній* – увагу зосереджують на каталізаторах когнітивних процесів: *трансгресії* (*transgression*³¹), що змінює життя; наявних і

²⁹Кризове втручання – це короткострокова допомога, яка фокусується на реакціях після певної події і спрямована на те, щоб повернути людину, яка переживає кризу, у ситуацію, коли вона може виконувати свої звичайні докризові функції (Myer R., 2001).

³⁰Див.: Triage Assessment Form... (2006).

потенційних *загроз* (threat), які, на думку постраждалих, можуть виникнути в майбутньому (передчуття катастрофи, що насувається); *невідновних втратах* (loss). Виявлені когнітивні реакції на події розглядають у чотирьох сферах життя: фізичні аспекти (здоров'я, житло, безпека тощо); психологічні (самооцінка); соціальні відносини; моральне і духовне (цінності, переконання).

Для оцінювання стану постраждалих (TAS) доцільно скористатися шкалою впливу події (severity scale) на певну сферу (діапазон від 1-го до 10-ти балів) (Myer et al., 1992). Зважаючи на можливість використання постраждалими стратегії «виключення» впливу подій, у процесі діагностування доцільно розпочинати роботу з *максимальних одиниць*, поступово рухаючись шкалою до віднайдення характеристики, що відображає змістовність реакції у сфері, що вивчається. Рекомендовано починати роботу з виявленими тяжкими реакціями, утім під час повторного діагностування в разі зміни стану клієнтів буде змінюватися і фокус уваги осіб, які надають допомогу.

Рішення про (не)доцільність направлення постраждалих за результатами *кризового психологічного консультування* до закладів медико-психологічної реабілітації, спеціалізованих медичних установ тощо ухвалюють на основі виведення суми за шкалою впливу (severity scale): чим вищі бали, тим більшою є необхідність звернення. Так, низькі бали (3-12) є підставою рекомендувати клієнтам проходження курсу психотерапії без лікування в медичному закладі. Середній діапазон балів (13-23) свідчить про необхідність тісної співпраці з клінічними фахівцями. Сума 24-30 говорить про те, що слід пройти курс лікування в медичному закладі (стаціонарі). У разі отримання 10 балів, за будь-якою шкалою впливу (severity scale), постраждали, на думку розробників TAS, мають показання до госпіталізації.

³¹Трансгресія і межа (франц. transgression, limit) – ... особливий стан, що призводить до порушення норми, закону чи правила... Трансгресія – «це жест, звернений на межу» (М. Фуко).

Форма сортування: кризове втручання (за Rick Alan Myer, Nese Alkan, 2012)³²

Ім'я клієнта: _____ Час/дата: _____

Тип контакту: _____ Тел: _____

Адреса клієнта: _____

Кризовий працівник:

Офіс (де надається допомога) _____

Кризова подія (визначте та коротко опишіть кризову ситуацію):

Спостереження (позначте все, що відповідає опису):

___ не вживає наркотиків

___ препарати (які вживає) не мають ефекту ***

___ має галюцинації ***(___ нюхові, ___ зорові, ___ звукові, ___ тактильні)

___ дивна поведінка / зовнішність

___ низький рівень гігієни

___ абсурдна, нелогічна розмова ***

___ параноїдальні / скептичні думки ***

___ нелогічні пропозиції

___ чинить тиск / погрожує

___ агресивна поведінка*

___ необдуманна поведінка

___ самоушкоджувальна поведінка

___ спричинює фізичне насильство над іншими*

___ словесні погрози на свою адресу або на адресу інших

___ суїцидальні думки / вбивчі задуми

___ відмова від співпраці

³²Шкала впливу події (Myer et al., 1992).

- ___ впливає на інших
- ___ імпульсивність
- ___ істеричність
- ___ хаотичність
- ___ не може виконувати прості вказівки
- ___ нездатність контролювати емоції
- ___ нездатність пам'ятати інформацію про себе (телефон, адреса)
- ___ живе спогадами, втрачає зв'язки з реальністю
- ___ перебуває під впливом речовин, що змінюють настрій
- ___ інше (пояснити)
- ___ погрожує самогубством/убивствами *
- ___ має чіткий план самогубства/убивства* (телефон, адреса)
- ___ нереалістично сприймає ситуацію (як і аудиторія)
- ___ не реагує***

Примітки:

** для працівників поліції або екстреної / кризової допомоги;*

**** рекомендовано психіатричне обстеження.*

Оцінка сортування

(X = початкова оцінка / O = остаточна оцінка)

Афективна сфера. Назвіть і коротко опишіть афект, викликаний кризовою ситуацією (якщо спостерігаєте більше ніж один вияв, оцініть, який із них є № 1 (провідний), який – № 2 (помірно виражений), який – № 3 (слабко виражений).

_____ *Гнів / ворожість:* _____

_____ *Тривога / страх:* _____

_____ *Смуток / меланхолія:* _____

Шкала впливовості події на афективну сферу

Обведіть кружечком цифру, яка найточніше відповідає реакції клієнта на кризу.



Бланк оцінки сортування: афективна сфера

| | | |
|----|------------------------|---|
| 1 | Немає погіршення | <ul style="list-style-type: none"> – Стабільний настрій, стримані емоції. – Адекватні реакції. – Емоції під контролем. – Відповіді на запитання/запити спокійні та організовані. |
| 2 | Мінімальне погіршення | <ul style="list-style-type: none"> – Загалом сприятливий, але посилений вплив ситуації. – Короткі періоди підвищеного негативного настрою. |
| 3 | | <ul style="list-style-type: none"> – Емоції частково під контролем. – Відповіді на запитання/запити емоційні, але організовані. |
| 4 | Низьке погіршення | <ul style="list-style-type: none"> – Виразні і все більш невідповідні ознаки негативних емоцій. – Тривалість емоційної реакції більша, ніж цього вимагає ситуація. – Емоції контролюються, але думки зосереджені на події. |
| 5 | | <ul style="list-style-type: none"> – Відповіді на запитання/запити варіюються від швидких і схвильованих до повільних і млявих. |
| 6 | Помірне погіршення | <ul style="list-style-type: none"> – Емоції переважно негативні, перебільшені або дистимічні. – Зусилля щодо контролю емоцій не завжди є успішними. |
| 7 | | <ul style="list-style-type: none"> – Емоції не контролюються, але думки зосереджені на події. – Відповіді на запитання/запити емоційно нестабільні або дистимічні (спостерігається знижений настрій). |
| 8 | Значне погіршення | <ul style="list-style-type: none"> – Емоції негативні і вкрай нестійкі або приховуються. – Емоційний контроль вкрай обмежений. |
| 9 | | <ul style="list-style-type: none"> – Емоційний стан починає впливати на взаємодію з іншими. – Непослідовність відповідей на запитання/запити є результатом емоційного стану. |
| 10 | Дуже сильне погіршення | <ul style="list-style-type: none"> – Помітна беземоційність, відстороненість – Нездатність контролювати емоції, навіть якщо це загрожує самому постраждалому або іншим. – Емоційний стан впливає на взаємодію з іншими. – Неможливість відповісти на запитання/запити є результатом емоційного стану. |

Поведінкова сфера. Назвіть і коротко опишіть, яку форму поведінки Ви зараз використовуєте (якщо використовується більше однієї форми поведінки, оцініть, яка з них є № 1 (провідною), яка – № 2 (помірно вираженою), яка – № 3 (слабко вираженою).

Знерухомлення: _____

Уникнення: _____

Рух: _____

Шкала впливовості події на поведінкову сферу

Обведіть кружечком цифру, яка найбільше відповідає реакції клієнта на кризу.



Бланк оцінки сортування: поведінкова сфера

| | | |
|----|------------------------|---|
| 1 | Немає погіршення | <ul style="list-style-type: none"> – Поведінка соціально прийнятна. – Повсякденна функціональність не змінена. – Немає відчуття загрози чи небезпеки. – Поведінка стабільна, неагресивна. |
| 2 | Мінімальне погіршення | <ul style="list-style-type: none"> – Поведінка переважно відповідає ситуації; спалахи якщо і є, то незначні. |
| 3 | | <ul style="list-style-type: none"> – Повсякденна функціональність, необхідна для щоденного життя, реалізується з мінімальними зусиллями. – Поведінка свідчить про розчарування, але не є загрозливою. – Поведінка переважно стабільна і неагресивна. |
| 4 | Незначне погіршення | <ul style="list-style-type: none"> – Поведінка частково неефективна, але не є небезпечною. |
| 5 | | <ul style="list-style-type: none"> – Повсякденна функціональність, необхідна для щоденного життя, реалізується із зусиллями. – Поведінка мінімально загрожує як самому постраждалому, так і іншим. – Поведінка стає нестабільною та агресивною. |
| 6 | Помірне погіршення | <ul style="list-style-type: none"> – Поведінка дезадаптивна, але не деструктивна. |
| 7 | | <ul style="list-style-type: none"> – Повсякденну функціональність, необхідну для щоденного життя, помітно порушено. – Поведінкою загрожує як собі, так і іншим. – Поведінку може контролювати, доклавши зусиль. |
| 8 | Значне погіршення | <ul style="list-style-type: none"> – Поведінкою може посилити кризову ситуацію. |
| 9 | | <ul style="list-style-type: none"> – Повсякденну функціональність, необхідну для щоденного життя, серйозно порушено. – Поведінка імпульсивна, може завдати шкоди собі та іншим. – Насилу контролює поведінку, незважаючи на повторювані запити. |
| 10 | Дуже сильне погіршення | <ul style="list-style-type: none"> – Поведінка абсолютно неефективна і прискорює кризу. – Нездатний виконувати навіть найпростіші дії, необхідні для щоденного функціонування. – Поведінка досить руйнівна, є загроза травмування себе або інших, смерті. – Поведінку не контролює і не реагує на запити. |

Когнітивна сфера. Визначте і коротко опишіть, чи сталися порушення / зміни, чи є загрози, втрати в наведених нижче аспектах. Якщо можете засвідчити, що переживаєте відповідну реакцію на подію, оцініть, яка є № 1 (провідною), яка – № 2 (помірно вираженою), яка – № 3 (слабко вираженою).

Фізичні аспекти – їжа, вода, безпека, житло тощо:

_____ порушення / зміни, _____ загроза, _____ втрата

Психологічні – Я-концепція (уявлення про себе), емоційне благополуччя, особистість (особливості сприймання дійсності, мислення, дії...) тощо:

_____ порушення / зміни, _____ загроза, _____ втрата

Соціальні відносини – сім'я, друзі, колеги тощо:

_____ порушення / зміни, _____ загроза, _____ втрата

Моральне і духовне – цінності, система переконань тощо:

_____ порушення / зміни, _____ загроза, _____ втрата

Шкала впливовості події на когнітивну сферу

(Обведіть кружечком цифру, яка найбільше відповідає реакції клієнта на кризу)



Бланк оцінки сортування: когнітивна сфера

| | | |
|----|------------------------|---|
| 1 | Немає погіршення | <ul style="list-style-type: none"> – Оточення під час прийняття рішень враховується. – Рішення розумні та обґрунтовані. – Сприйняття кризової ситуації частково збігається з реальністю. – Може вести адекватний діалог, розуміє і приймає погляди інших. – Здатність до розв'язування проблем не втрачена. |
| 2 | Мінімальне погіршення | <ul style="list-style-type: none"> – Оточення під час прийняття рішень може не враховуватися. – Нерішучі в прийнятті рішень. |
| 3 | | <ul style="list-style-type: none"> – Сприйняття кризової ситуації нестабільне, але утримується під контролем. – Ведення адекватного діалогу, розуміння і прийняття поглядів інших дещо обмежені. – Здатність до розв'язування проблем порушена мінімально. |
| 4 | Незначне погіршення | <ul style="list-style-type: none"> – Оточення під час прийняття рішень не враховується. – Прийняті рішення ірраціональні, безглузді і непослідовні. – Думки зосереджені на кризовій ситуації, але постраждалий не дуже стурбований. |
| 5 | | <ul style="list-style-type: none"> – Постраждалий не дуже здатний до ведення адекватного діалогу, розуміння і прийняття поглядів інших. – Здатність постраждалого до розв'язування проблем обмежена. |
| 6 | Помірне погіршення | <ul style="list-style-type: none"> – Рішення є образливими та ворожими для оточення. – Дії в умовах кризової ситуації починають заважати загальному функціонуванню. |
| 7 | | <ul style="list-style-type: none"> – Думки сфокусовані на кризовій ситуації. – Постраждалий не здатний сформулювати відповіді на запитання/запити, не розуміє думки інших. – Постраждалий відчуває утруднення щодо розв'язування проблем. |
| 8 | Значне погіршення | <ul style="list-style-type: none"> – Рішеннями може завдати шкоди собі або іншим. – Рішення ірраціональні, мало пов'язані з реальністю, загальне функціонування порушене. |
| 9 | | <ul style="list-style-type: none"> – Думки постійно сфокусовані на кризовій ситуації. – Запитання/прохання неадекватні, недоречні, можлива ворожа реакція. – Навички розв'язування проблем втрачені. |
| 10 | Дуже сильне погіршення | <ul style="list-style-type: none"> – Рішення постраждалого становлять небезпеку для нього самого або для інших. – Рішення приймаються непослідовно, без огляду на факти, загальне функціонування знижене. – Думки опосередковані кризовою ситуацією. – Запитання/прохання постраждалий сприймає як погрози, відповідає на них агресивно. – Постраждалий не здатний зосередитися і розв'язувати посталі проблеми. |

Виробничо-практичне видання

Н. О. Довгань, С. А. Поліщук

**НАДАННЯ ПЕРШОЇ
ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ
В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ**

Методичні рекомендації

За редакцією В. М. Духневича

Літературне редагування *Т. А. Кузьменко*

В оформленні обкладинки використано зображення, взяті з відкритих електронних джерел

Адреса Інституту: 04070, м. Київ, вул. Андріївська, 15

Е-mail: info@ispp.org.ua

Сайт: <https://ispp.org.ua>

Підписано до друку 08.12.2022 р. Гарнітура Times New Roman. Авт. арк. 5,3