

**Гальцова Світлана Василівна,**  
кандидат психологічних наук,  
старший викладач кафедри психології  
Комунального закладу Сумський обласний  
інститут післядипломної педагогічної освіти

## **НАДАННЯ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ: ХТО НАДАЄ, ЧИ ВСІ ПОТРЕБУЮТЬ?**

**Актуальність дослідження.** Буремні потрясіння останніх десятиліть: збільшення кількості техногенних катастроф, природних руйнувань, поява нового виклику для людства – пандемії, збройна агресія російської федерації та оголошення в Україні воєнного стану, актуалізують потребу мінімізувати втрати та завдану шкоду, підтримати людей у непрості моменти їхнього життя, тому психосоціальна підтримка постраждалих є пріоритетним та невідкладним завданням. Для планування першої психологічної допомоги (ППД) та підготовки осіб, які можуть її надавати, розроблено низку керівництв на загальносвітовому та державному рівнях, а також у межах міжнародних медичних товариств з надання допомоги постраждалим. Від якості та швидкості перших психосоціальних інтервенцій залежить швидкість відновлення постраждалих, стабілізація їхнього психологічного стану та розв'язання їхніх проблем.

**Мета дослідження** є огляд та висвітлення доповнень до основних підходів надання першої психологічної допомоги постраждалим унаслідок надзвичайних ситуацій та кризових подій.

**Виклад основного матеріалу.** У світовому масштабі ППД являє собою суспільну форму доступної підтримки, яка надається в перші години і дні надзвичайних та кризових ситуацій і включає дії щодо захисту постраждалих; з другого – ППД включено як складову в готовність до надзвичайних ситуацій (НС) як пересічних громадян, так і спеціалістів певного профілю.

Уперше термін «перша психологічна допомога» було використано в монографії Американської психіатричної асоціації в 1954 році, де було зазначено, що під час будь-яких катастроф, природних чи ворожих нападів, люди зазнають стресового навантаження, якого немає в буденному житті, тому важливо, щоб усі працівники рятувальних служб були ознайомлені із загальними закономірностями реакції на надзвичайний емоційний стрес, а також знали фундаментальні принципи ефективної допомоги постраждалим людям. Починаючи з 2005 року у світі було розроблено понад 30 керівництв з надання першої психосоціальної допомоги. У більшості країн створено багаторівневі системи допомоги постраждалим від конфліктів та інших руйнувань. Їхньою метою є не лише психосоціальна підтримка окремої особи, а й відновлення психологічного здоров'я та благополуччя громад. Найвідомішим і найпоширенішим є Керівництво ВООЗ з ППД для працівників на місцях (2009), створене відповідно до Резолюції Генеральної Асамблеї ООН (46/182) від 19 грудня 1991 року щодо зміцнення координації надання невідкладної гуманітарної допомоги в умовах складних надзвичайних ситуацій та стихійних лих. До розроблення цього документа долучилися й інші організації, зокрема Фундація травми війни та World Vision International (Велика Британія). Керівництво схвалено 24 міжнародними організаціями та підрозділами ООН, перекладено 33 мовами, зокрема й українською.

ППД призначена для людей у стані дистресу внаслідок нещодавно пережитої складної кризової події. Ви можете надавати таку допомогу і дорослим, і дітям. Однак не кожна людина, що пережила кризову подію, потребує ППД або прагне її отримати. Не нав'язуйте допомогу тим, хто не хоче її отримувати, але будьте доступні для тих, кому підтримка може знадобитися.

За визначенням ВООЗ, перша психологічна допомога (ППД) – гуманна, підтримуюча та практична допомога людям, які нещодавно постраждали від дії значних стресових чинників. ППД охоплює: ненав'язливе надання практичної допомоги та підтримки; оцінювання потреб і проблем; надання допомоги в задоволенні базових потреб; уважне слухання, не

примушуючи людей говорити; втішання та заспокоєння; надання доступу до інформації, послуг та соціальної підтримки; захист від подальшої шкоди. Для ефективного надання ППД працівникам на місцях важливо керуватися основними принципами, а саме: 1) *готуватися* – означає зібрати якнайбільше інформації про конкретну кризову подію, про доступні служби надання психосоціальних послуг та підтримки, особливості безпеки та охорони; 2) *дивитися* – означає наглядати за безпекою, власною та інших людей, розпізнавати тих, хто потребує невідкладного піклування та задоволення базових потреб, і постраждалих з ознаками значних стресових реакцій; 3) *слухати* – передбачає встановлення контакту з тими, хто може потребувати підтримки, прояснення їхніх потреб і тривог, активне слухання та заспокоєння; 4) *поєднувати* – означає допомагати постраждалим у задоволенні базових потреб та доступі до служб надання психосоціальних послуг, у подоланні їхніх проблем; інформувати й поєднувати з родичами та колом соціальної підтримки [4].

Як зазначає Каплуненко, з посиланням на MSF Mental Health International Working Group (Велика Британія), хронограму психічних реакцій на стресову подію та надання ППД допомоги постраждалим у межах міжнародних медичних організацій рекомендовано поділити на чотири фази: *фаза 1 (24 години), фаза 2 (1–3 дні), фаза 3 (1–4 тижні), фаза 4 (1–3 місяці)*. Розглянемо їх більш широко. *ФАЗА 1 (24 години)*. Для постраждалих характерні звичайні гострі реакції на надмірну стресову подію: напруженість, тривога, паніка; приголомшеність, зневіра, розпач; ейфорія «тих, що вижили»; занепокоєність, розгубленість; перезбудження, плач, заляклість; провина «того, хто вижив» тощо. На цьому етапі основне завдання осіб, які підтримують, –структурування хаосу. Фокусом допомоги постраждалим є задоволення базових потреб та практична підтримка, а саме: дати поїсти чи попити, підтримати під час розмови з представниками мас-медіа чи поліцією, допомогти зв'язатися з родиною, вислухати без засудження та недоречних запитань, прояснити потреби; визнавати почуття; підготувати до можливих

порушень сну, допомогти нормалізувати симптоми; за можливості домовитися про наступну зустріч. У більшості постраждалих такі реакції згодом минають.

*ФАЗА 2 (1–3 дні).* Основні реакції постраждалих на цьому етапі: боязкість, надпильність, настороженість; стурбованість, зневіра, флеш-беки; смуток; позитивні реакції (участь у відновлювальних роботах, піклування про інших); прийняття «природності» події як частини життя. Не всі реакції постраждалих є неадаптивними, або потрібні незначні психосоціальні втручання, щоб вони нормалізувалися. Основним завданням цієї фази є емоційна підтримка та психологічна просвіта. Фокус допомоги – уважне слухання та заохочення постраждалого й родини до побудови розповіді про подію, допомога в узагальненні інформації, прояснення того, що сталося. За наявності попередніх травм важливо їх визнати, але поки що глибинно не обговорювати. Наступним кроком є складання розповіді про подію і більш ґрунтовна психологічна просвіта: підготовка сім'ї та постраждалого до можливих реакцій оточення, навчання навичок саморегуляції та позитивних стратегій подолання.

*ФАЗА 3 (1–4 тижні).* У цій фазі у постраждалих можуть тривати попередні симптоми, крім того, проявляться неспокій, паніка, інтенсивний смуток, розпач; бездіяльність, ізольованість, закритість; тривожні прояви тощо. Для психосоціальних працівників метафорою допомоги в цій фазі є: «Будьте як терапевт», що передбачає більш складний рівень когнітивно-емоційної підтримки: перевірка симптомів і тяжкості проблем від першого дня до сьогодні; чи досі є прояви надпильності, уникання, пережиття досвіду і порушень сну; перевірка розпорядку дня, чи відповідає він тому, який був до травми. Будь-що, що повертає людині відчуття контролю та безпеки є корисним та має заохочуватися. Негативні копінг-стратегії підтримувати не варто, але без засудження, їх слід визнати як спроби подолання, але з пошуком альтернативних, більш адаптивних, стратегій.

*ФАЗА 4 (1–3 місяці).* На цьому етапі зазвичай постраждалі з достатньою психологічною здатністю до відновлення вже повертаються до свого звичного життя, майже як і до події. Основним завданням на цьому етапі є складання точної і стислої розповіді про

подію; віднайдення сенсу подальшого життя, психологічна підготовка постраждалих до можливого поновлення симптомів у дати, близькі до пережитої події. Якщо контроль над тілесними реакціями та думками в постраждалих відновлено; емоції прийнято, самооцінку та впевненість у собі відновлено та з'явилося відчуття майбутнього, можна сказати, що людина успішно адаптувалася до травматичної події й готова рухатись далі [2].

Для задоволення інтересів зацікавлених сторін (постраждалих і тих, хто надає допомогу) на міжнародному рівні (і безпосередньо в Україні) затверджено технологію, яка має алгоритм і певну послідовність надання ППД непрофесіоналами у сфері психічного здоров'я. Її мета – зменшити гостроту первинного посттравматичного дистресу та допомогти постраждалим адаптуватися до умов НС. Технологія складається з восьми дій: 1) налагодження контакту та взаємодії; 2) сприяння безпеці та комфорту; 3) стабілізація стану; 4) збирання інформації; 5) практична допомога; 6) налагодження зв'язків із службами соціальної підтримки; 7) надання інформації про підтримку в подоланні труднощів; 8) налагодження взаємодії із суміжними службами [1].

На різних етапах свого життєвого шляху людина зіштовхується з ситуаціями, які можуть призвести до появи певного кризового стану. Криза виникає, коли у людини звичайні механізми опанування стресовими ситуаціями не в змозі впоратися із проблемою. Це тимчасовий період, який дає можливість як для особистісного росту, так і для підвищеної уразливості психічного здоров'я. Найважливішим фактором, що обумовлює кризу, є невідповідність складності й важливості проблеми і ресурсів, наявних для її вирішення.

Причиною кризи можуть бути не лише негативні ситуації, а й радісні, позитивні події, наприклад, народження дитини, закоханість, одруження або підвищення по службі. Деякі автори зазначають, що причину кризи знайти досить складно. В людини з'являється відчуття внутрішньої зміни й сьогодні вона вже не може жити так, як жила учора. Дуже часто подія, що провокує

настання кризи, може бути абсолютно незначною, вона спрацьовує за типом «останньої краплі» [5].

### Загальні реакції на стрес

1. Бийся або біжи. Коли людям загрожує серйозна небезпека, вони реагують інстинктивно. Ця реакція спрямована на фізичне виживання. Реакція «бийся або біжи» готує тіло до фізичної активності, вивільняючи адреналін, і призводить до таких фізичних змін, як сильне серцебиття та підвищений тиск, прискорене дихання та потовиділення. У стані стресу факти, які людина, здавалося б, чула і зрозуміла, можуть миттєво забутися, і їх треба буде їй повторювати.

2. Емоційні реакції. Спонтанна емоційна реакція найчастіше виявляється в недовірі до оточуючих або заціпенінні, як у кошмарному сні. Людина може виглядати відстороненою від того, що відбувається, однак відсутність реакції та відчуженість слід розглядати, як ознаки шокowego стану. Іншими поширеними шокowymi реакціями є озлобленість, страх або горе.

3. Поведінкові реакції. Стрес також може вплинути на манеру поведінки людей. Викликана стресом обмеженість мислення робить поведінку людини жорсткішою. Втрата гнучкості може призвести до підвищеної роздратованості, агресивності або в деяких випадках до надмірної радості. Стан постраждалого може поступово нормалізуватися, залежно від тривалості та тяжкості кризо-вої ситуації, а також від особистого досвіду постраждалого.

Якщо важкі ситуації є масштабними – місцевого, регіонального чи загальнодержавного рівня – їх називають надзвичайними чи екстремальними, такими, що виходять за межі звичайного, нормального людського досвіду. І екстремальні, й надзвичайні ситуації можуть стати психотравмівними для тих, хто їх переживає. Психотравмівна ситуація / подія – це будь-яка особисто значуща ситуація (явище), що має характер патогенного емоційного впливу на психіку людини і може, у разі недостатньої сформованості захисних психологічних механізмів, зумовити психічні розлади [3].

Психотравмівними вважаються події, що загрожують життю і фізичній цілісності людини: поранення, контузії, фізичне травмування; важкі медичні процедури; загибель чи смерть близьких людей, побратимів, мирного населення; картини смерті, поранень і людських страждань; суїциди і вбивства тощо.

**Висновки.** Щоб звести до мінімуму руйнівні наслідки травмівних ситуацій, сприяти збереженню психічного здоров'я, необхідна психологічна допомога та психологічна підтримка постраждалих як в умовах екстремальної/надзвичайної ситуації, так і після повернення із зони ризику. Психологічна допомога і психологічна підтримка – важливі складові мінімального реагування (безпосередньо в екстремальній ситуації) та комплексного реагування (на етапі стабілізації та раннього відновлення).

### Список використаних джерел

1. Довгань, Н.О. (2021). Перша психологічна допомога: основні дії. Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: мат. VI Міжнар. конф. «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи» (24-25 вересня 2021 р.). С. 45-48.
2. Каплуненко Я. Ю. Перша психологічна допомога: досвід міжнародних організацій. Психологія та психосоціальні інтервенції. Том 3. С. 36-41. URL: <http://ppsi.ukma.edu.ua/article/view/227243> (дата звернення: 12.04.2022).
3. Оніщенко Н. В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія. Х.: Право, 2014. 584 с.
4. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. Заг. ред. Н. Пророк. Т. 1. Київ, 2018. 208 с. URL: <https://www.osce.org/uk/project-coordinator-in-ukraine/430805?download=true> (дата звернення: 15.04.2022).
5. Перша психологічна допомога. Посібник для працівників на місцях. Київ Університетське видавництво «Пульсари». 2017. 66 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44615/9786176150787-ukr.pdf?sequence=72> (дата звернення: 17.04.2022).