

Хмельницький національний університет
Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту
Кафедра психології та педагогіки

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Другий (магістерський)

Освітній рівень

ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА
В КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ ПІД ЧАС ВІЙНИ

назва теми

Галузь знань – 05 Соціальні та поведінкові науки

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність – 053 Психологія

Шифр і назва спеціальності

Освітня програма _____

21064

номер індивідуального навчального плану студента

Виконав(ла): студент(ка) II курсу, група ППМЗ-21-1 К. А. Леня

Підпис Ініціали, прізвище

Керівник: кандидат психологічних наук, доцент _____ Л. О. Подкоритова

Підпис Ініціали, прізвище

Нормоконтролер

До захисту допускаю:

Зав. кафедри психології та педагогіки

доктор психологічних наук, професор

_____ Є. М. Потанчук

Підпис Ініціали, прізвище

_____ 2022 р.

Хмельницький, 2022

АНОТАЦІЯ

Тема кваліфікаційної роботи: «Перша психологічна допомога в кризових ситуаціях під час війни».

Здобувач: Леня Катерина Андріївна.

Керівник: Подкоритова Лариса Олександрівна.

Кваліфікаційна робота включає 88 сторінок, 4 таблиць, 8 рисунків, перелік джерел посилання складає 62 найменування.

Ключові слова: Перша психологічна допомога, ППД, кризова ситуація, стрес.

Об'єктом дослідження перша психологічна допомога в кризових ситуаціях.

Предметом дослідження є методи надання першої психологічної допомоги в кризових ситуаціях під час війни.

За результатами дослідження визначено вплив кризових ситуацій; методи надання першої психологічної допомоги, населенню в кризових ситуаціях під час війни; рекомендації з надання першої психологічної допомоги, населенню в кризових ситуаціях під час війни.

Основні тези кваліфікаційної роботи та результати експериментального дослідження можуть використовувати у роботі практичні психологів під час надання першої психологічної допомоги в умовах кризових ситуацій під час війни.

Дипломник Леня Катерина Андріївна.

Дата подання кваліфікаційної роботи до захисту _____ грудня 2022р.

ЗМІСТ

| | |
|---|----|
| ВСТУП..... | 4 |
| РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ ПІД ЧАС ВІЙНИ..... | 8 |
| 1.1 Особливості першої психологічної допомоги під час війни..... | 8 |
| 1.2 Вплив кризових ситуацій під час війни на населення як основа для надання першої психологічної допомоги..... | 18 |
| Висновки до розділу..... | 34 |
| РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНІ ЗАСАДИ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ ПІД ЧАС ВІЙНИ..... | 35 |
| 2.1 Опис дослідницького інструментарію та процедури дослідження..... | 35 |
| 2.2 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження..... | 39 |
| 2.3 Рекомендації з надання першої психологічної допомоги в кризових ситуаціях під час війни..... | 54 |
| Висновки до розділу..... | 64 |
| ВИСНОВКИ..... | 66 |
| ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ..... | 68 |
| Додаток А..... | 76 |
| Додаток Б..... | 79 |
| Додаток В..... | 80 |
| Додаток Г..... | 84 |

ВСТУП

Враховуючи теперішнє становище українського суспільства сформувався особливий запит до психологічної науки і практики. Внаслідок повномасштабної війни на території України, яка триває одинадцятий місяць, з'явилася потреба у психологічній допомозі людям, дітям, дорослим. Постала необхідність методологічного і методичного забезпечення цієї роботи розроблення програм та методичного інструментарію для надання першої психологічної допомоги населенню.

Початок повномасштабної війни, масова загроза життя населенню, переселення людей з місць бойових дій є великим травмуючим фактором, що викликає стрес та є причиною виникнення психотравми, на основі чого може виникнути посттравматичний синдром.

На даний час тема є актуальною, так як українське населення переживає велике потрясіння протягом останнього року та потребує психологічної допомоги, тим самим є актуальність вивчення даного питання та проведення дослідження.

На жаль, піднята саме у такому форматі тема до теперішнього часу як закордонними, так і вітчизняними науковцями належним чином не розглядалася. Причин цьому вбачається декілька, основними з яких виступають історична відсутність широкомасштабних військових конфліктів (війн) між суверенними державами протягом останніх десятиліть, відносна нерозвиненість психологічної науки в регіонах протікання інших військових конфліктів протягом цього ж періоду та низький рівень зацікавленості психологічної спільноти у дослідженнях даної проблеми. Здебільшого науковців до теперішнього часу цікавили саме наслідки війни в психологічному плані як такі, тобто, вплив війни на

психічне здоров'я особистості та суспільства (І. Галдецька, О. Демчук, О. Золотарьова, О. Ковалик О. Крупська, та інші, 2019) [1; 2], соціально-психологічні зміни у масовій свідомості за її результатами (О. Сич, 2004) [3]. Міністр охорони здоров'я України В. Ляшко також акцентує увагу саме на негативних наслідках впливу війни на психічне здоров'я особистості [4].

Надання першої психологічної допомоги (далі за текстом ППД) населенню під час війни активно вивчають і розвивають практично ізраїльські психологи (А. Антоновський, Р. Дорум, М. Лаад, А. Гершанов, Г. Петрова, М. Фархі, М. Шерман та інші). Зокрема навесні і влітку 2022 року фахівці з кризової допомоги від Israel Trauma Coaliton проводили заняття для українських психологів, де ділились своїм досвідом щодо надання першої психологічної допомоги різним категоріям населення в умовах війни.

Починаючи з 2014 року, темою першої психологічної допомоги більш активно стали займатися і вітчизняні психологи (науковці і практики), зокрема С. Гальцова, Н. Довгань Я. Каплуненко, Н. Мілорадова, Р. Попелюшко, М. Сидоркіна, О. Скнар, А. Терещук С. Уварова, Ю. Цуркан-Сайфуліна та інші. Окрім того, розроблено та перекладену низку посібників з надання ППД [5]. У наукових і методичних працях про ППД подані її визначення, зміст, особливості надання різним категоріям населення тощо.

Об'єкт дослідження – перша психологічна допомога в кризових ситуаціях.

Предмет дослідження – перша психологічна допомога населенню в кризових ситуаціях під час війни.

Мета дослідження – теоретично та емпірично дослідити надання

першої психологічної допомоги в кризових ситуаціях під час війни.

Завдання дослідження:

1. Теоретично дослідити зміст та особливості першої психологічної допомоги в кризових ситуаціях під час війни.

2. Емпірично дослідити психологічний стан населення як підґрунтя для надання першої психологічної допомоги.

3. Розробити рекомендації з надання першої психологічної допомоги в кризових ситуаціях під час війни.

Гіпотеза дослідження: окремі громадяни України потребують першої психологічної допомоги у зв'язку з кризою під час війни.

Методи дослідження: для здійснення поставлених задач застосовано різноманітні теоретичні та емпіричні методи дослідження: теоретичні: аналіз, узагальнення, класифікація та систематизація літературних джерел з питання надання першої психологічної допомоги в кризових ситуаціях під час війни; емпіричні: тестування, опитування з використанням методик: опитувальники: шкала PCL-5, PHQ-9 – опитувальник пацієнта про стан здоров'я, госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).

Практичне значення дослідження: проведено емпіричне дослідження та обґрунтовано практичні рекомендації з надання першої психологічної допомоги в кризових ситуаціях під час війни. Основні тези кваліфікаційної роботи та результати експериментального дослідження можуть використовувати у роботі практичні психологів під час надання першої психологічної допомоги в умовах кризових ситуацій під час війни.

Експериментальна база дослідження: Дослідження здійснювалось на базі всеукраїнського благодійного фонду “Крок назустріч”, а також ресурсно-консультативного центру кафедри психології та педагогіки

Хмельницького національного університету. До експерименту було залучено 35 осіб.

Апробація роботи: основні теоретичні положення та результати презентованого дослідження доповідались та обговорювались на: дванадцятій Всеукраїнській науково-практичній конференції здобувачів вищої освіти та молодих науковців «Формування особистості сучасного фахівця як суб'єкта самотворення в умовах освітнього простору» (м. Хмельницький, 24-25 листопада 2022 р.) а також опубліковані у нашій статті «Особливості першої психологічної допомоги під час війни: аналіз теоретичних підходів» у науковому журналі «Psychology Travelogs», № 2 (4) 2022 р.).

Структура роботи: Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, переліку джерел посилання – 62 найменування і 4 додатки. Загальний обсяг дипломної роботи складає 88 сторінок машинописного тексту, а основна частина – 64 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ ПІД ЧАС ВІЙНИ

1.1 Особливості першої психологічної допомоги під час війни

Уперше термін «перша психологічна допомога» було використано в монографії Американської психіатричної асоціації (1954), в якій було вказано, що під час різних катастроф, природних чи ворожих нападів, особи переживають стресове навантаження, котрого немає в повсякденному житті, через це головне, щоб усі робітники рятувальних служб були проінформовані із загальними закономірностями реакції на надзвичайний емоційний стрес, а також знали фундаментальні принципи ефективної допомоги постраждалим людям [8].

У 1950–1960-ті роки інтерес до кризових інтервенцій був малозначущий, допомогу в період кризових подій надавала міжнародна медична організація «Червоний Хрест», в їх складі були висококваліфіковані лікарі, що працювали в місцях катастроф. Ця система взагалі гарно працювала, але 2005 рік був поворотним, через те що найбільш руйнівний в історії США ураган «Катріна» спустошив узбережжя США, спричинивши значні руйнування та великі людські жертви, через що постала потреба будувати внутрішні ресурси відновлення товариств та готувати надійну систему підтримки психологічного здоров'я. Розпочинаючи з 2005 року в світі було підготовлено більше 30 керівництв з надання першої психосоціальної допомоги [8].

У більшості країн також 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 Всесвітньої організації охорони здоров'я з першої психологічної допомоги для робітників 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 обставинах складних надзвичайних ситуацій та стихійних лих. В створенні даного документу приймали участь різні організації, зокрема Фондація травми війни та World Vision International (Велика Британія). Керівництво прийнято 24 міжнародними громадськими організаціями та підрозділами ООН, перекладено 33 мовами, зокрема й українською [8].

Зараз усе населення України знаходиться у під впливом війни, який, за своєю тяжкістю залежить і від умов, у яких знаходиться людина (окупація, обстріли, передова, тил) й індивідуально-типологічних особливостей особистості. Але так чи інакше війна постає як постійне джерело стресу, у подоланні якого людині нерідко потрібна психологічна допомога.

С. Уварова розробила концептуальну модель психологічної допомоги особистості в умовах суспільної кризи, до яких належить і війна. Відповідно до зазначеної моделі, у ситуації суспільної кризи (у нашому випадку, війни) людина переживає три типи впливів:

- 1) травматичний внаслідок переживання екстремальних ситуацій;
- 2) соціально-стресовий (зокрема фонові переживання у тривалості кризи призводять до накопичення напруження, тривоги, виснажують тощо);
- 3) внутрішні конфліктні процеси, що актуалізуються під впливом суспільної кризи [9, с. 236].

У цій моделі дослідниця також визначає кілька етапів діяльності системи психологічної допомоги, сфокусованих на тих або інших аспектах впливу суспільної кризи на людину:

- 1) попередній орієнтувальний етап (переддопомога);

- 2) первинна (екстрена) допомога в гострих стресових станах;
- 3) вторинна (пролонгована) допомога;
- 4) завершальний етап допомоги особистості [9, с. 237–238].

Є кілька визначень першої психологічної допомоги.

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 (їжа, вода, одяг); уважне слухання, не примушуючи людей говорити; втішання та заспокоєння; надання доступу до інформації, послуг та соціальної підтримки; захист від подальшої шкоди [10, с. 37].

А. Терещук визначає, що перша психологічна допомога (ППД) – це фактологічно заснований підхід, який базується на концепції гнучкості людини та спрямований на зменшення стресових симптомів, відновленню після травматичних подій, природньої катастрофи та навіть особистої кризи [11, с. 17].

За вище згадуваною С. Уваровою, первинна (екстрена) допомога в гострих стресових станах – це найперший етап індивідуалізованої роботи з постраждалим від загострення тих або інших психотравмувальних факторів. При цьому дослідниця зазначає, що найбільш доцільною формою допомоги на цьому етапі є кризове консультування, яке містить у собі елементи психокорекції та психотерапії, проте не заглиблюється в найбільш загальні сутнісні проблеми особистості, чітко фокусується на ситуації, прагне її раціоналізувати, знайти ресурси протидії патогенному впливу [9, с. 238].

Загалом йдеться про симптоматичне зцілення та корекцію засобами когнітивно-біхевіоральної терапії. Психологічний дебрифінг становить технологію групової роботи, яка теж може бути ефективно використана на цьому етапі [9, с. 238].

За визначеннями проєкту «Сфера» (2011) та МПК (2007), перша психологічна допомога (ППД) описує гуманні, підтримуючі заходи реагування на страждання особи, яка може потребувати підтримки [6, с. 9].

Перша психологічна допомога – форма суспільної доступної підтримки, що надається в перші дні кризових надзвичайних ситуацій, вона є складовою готовності суспільства до надзвичайних ситуацій та включає заходи щодо захисту постраждалих [12, с. 176].

Як можна зауважити, у психологічній літературі вживаються терміни «первинна (екстрена) допомога» і «перша психологічна допомога». У нашій роботі ми користуємося саме другим із зазначених термінів.

Головна мета ППД – зменшити гостроту первинного посттравматичного дистресу та допомогти постраждалим адаптуватися до умов нової ситуації [13].

Завдання ППД: сформувати відчуття безпеки, зв'язку з іншими людьми, спокою і надії; сприяти доступу до соціальної, фізичної та емоційної підтримки; зміцнювати віру в можливість допомогти собі та оточуючим; сформувати в людини розуміння того, що надзвичайна подія, свідком або учасником якої вона є, закінчиться та не становитиме більше загрози [7, с. 11].

В умовах війни останній пункт видається неможливим до виконання, оскільки війна є тривалою подією, завершення якої невідоме. Але, як зазначають ізраїльські фахівці (О. Гершанов, М. Шерман) важливо наголосити постраждалій людині, що ось цей конкретний обстріл, або інша травматична подія завершилась.

ППД включає такі елементи: ненав'язливе надання практичної допомоги та підтримки; оцінювання потреб і проблем; надання допомоги в задоволенні базових потреб (наприклад, їжа, вода, інформація); слухання людей, не примушуючи їх говорити; розрада та заспокоєння людей; надання допомоги в отриманні інформації, встановленні зв'язку зі службами та структурами соціальної підтримки; захист людей від подальшої шкоди [6, с. 9].

Специфіка надання ППД, зокрема в умовах війни, залежить від низки чинників, зокрема часу її надання. Так Я. Каплуненко, з посиланням на MSF Mental Health International Working Group (Велика Британія), подає хронограму психічних реакцій на стресову подію та надання відповідної ППД постраждалим у межах міжнародних медичних організацій. Цю хронограму, за матеріалами статті Я. Каплуненко [8], ми подаємо у таблиці 1.1 скорочено.

Таблиця 1.1 – Хронограма психічних реакцій на стресову подію та надання ППД

| Фаза | Час | Симптоми | Завдання ППД | Фокус ППД |
|------|---------|---|---|---|
| 1 | 24 год. | гострі реакції на стрес (напруженість, тривога; паніка; заляклість; розпач; перезбудження; приголомшеність; провина «того, хто вижив» тощо. | структуруванні хаосу | задоволення базових потреб (їжа, пиття, тепло, безпека); • практична підтримка (вислухати, визнати почуття, прояснити потреби, стабілізувати). |
| 2 | 1–3 дні | • негативні: боязкість; смуток; зневіра; надпильність; стурбованість; флеш-беки тощо); • позитивні: участь у сумпільно-корисних роботах, піклування про інших тощо); прийняття події як частини життя. | емоційна підтримка та психологічна просвіта | • уважне слухання і прояснення того, що сталося; • допомога у побудові розповіді про подію та узагальненні інформації; • навчання навичок саморегуляції і позитивних стратегій подолання. |

Продовження таблиці 1.1

| | | | | |
|---|------------------|--|--|--|
| 3 | 1–4 тиж ні | попередні симптоми + непокій; паніка; розпач; бездіяльність; ізолюваність; закритість; тривожні прояви тощо | когнітивно- емоційна підтримка | <ul style="list-style-type: none"> • перевірка симптомів, проблем, розпорядку дня від 1-го дня до сьогодні; • заохочення того, що повертає людині відчуття контролю та безпеки; • не підтримувати без засудження негативні копінг-стратегії і шукати позитивні. |
| 4 | 1–3 міс. | достатня психологічна здатність до відновлення, повернення до звичного життя | підтримка, пошук нових сенсів, просвіта | <ul style="list-style-type: none"> • складання точної і стислої розповіді про подію; • віднайдення сенсу подальшого життя; • психологічна підготовка до можливого поновлення симптомів. |

Як видно з таблиці 1.1, специфіка надання ППД у різний час після травматичної події має свої особливості. Так, у перші години після травматичного впливу, головна увага фахівця з ППД зосереджена на стабілізації стану потерпілого/ї, що не потребує повноцінної психологічної освіти, а лише знань з

основ ППД; а чим далі від часу травмування, тим більшою стає питома вага психологічної просвіти і терапії, що потребує більш ґрунтовної фахової підготовки. Таким чином, ППД у перші дні після травматичної події, може здійснюватися непрофесіоналами, але спеціально підготовленими людьми.

Н. Довгань у своїй статті наводить послідовність надання ППД непрофесіоналами у сфері психічного здоров'я, що затверджена на міжнародному рівні (і безпосередньо в Україні): 1) налагодження контакту та взаємодії; 2) сприяння безпеці та комфорту; 3) стабілізація стану; 4) збирання інформації; 5) практична допомога; 6) налагодження зв'язків зі службами соціальної підтримки; 7) надання інформації про підтримку в подоланні труднощів; 8) налагодження взаємодії із суміжними службами [13].

Я. Каплуненко наводить іншу модель надання ППД – «RAPID PFA», розроблену Дж. С. Еверлі (George S. Everly, Jr.) та Дж. М. Летінг (Jeffrey M. Lating). Загалом в модель входить п'ять аспектів, призначених для пом'якшення гострого стресу та оцінювання необхідності подальшої психологічної допомоги [10]:

1) R – встановлення стосунків та рефлексивне слухання (Rapport and Reflective listening): уникати самовпевненості та упередженості, пам'ятати про унікальність страждання кожної людини; велика кількість випадків коли постраждалі самі говорять, що потребують та можуть сказати, як краще допомогти.

2) A – оцінювання потреб (Assessment of needs): здатність швидко, майже одразу, визначити, хто страждає на гострий стрес, а хто – ні. Мета – розпізнати тих, хто потребує допомоги, а хто перебуває у більш стабільному стані. Під час війни тут доцільним виглядає застосування протоколу TRIM (Trauma Risk Incident Management), який рекомендують ізраїльські фахівці [14];

3) P – пріоритизація (Prioritization): визначення найнагальніших завдань;

4) I – інтервенція (Intervention): як діяти вже, щоб стабілізувати стан людини, зм'якшити гостре страждання; тут потрібно мати конкретні стратегії втручання і володіти відповідними методами швидкої психологічної допомоги, наприклад, дихальні вправи (дихання за квадратом, дихання змії, «свічка і торт», когерентне дихання, альтернативне дихання, різні види дихання з рахуванням); м'язова релаксація (наприклад, прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном, модифікація для ізраїльської армії; «промінь світла» тощо)\$

5) D – диспозиція (Disposition): налагодивши стосунки та взаємозв'язок, щоб прояснити нагальні потреби, фахівець з ППД має дослухатись до людей, оцінити необхідність втручання, надати перевагу тим, хто вимагає невідкладної допомоги [10, с. 39–40].

Подібну, але на нашу думку, більш практичну, модель пропонує др. Моше Фархі з академічного коледжу Тель-Хай (Ізраїль) – модель МААС'Е [14]. Ця модель реалізується міністерством охорони здоров'я Ізраїля і силами безпеки (поліція, пожежники, швидка допомога та ін.) і включає такі елементи:

– *Присутність (зобов'язання бути поруч*. Під час травмуючої події людина відчуває себе самотньою і безпомічною, тому важливо повернути їй почуття, що вона не сама, «ми разом». Слова на кшталт: «Я поруч і нікуди не піду» викликають почуття безпеки і захищеності у людини, яка постраждала.

– *Заохочення ефективної діяльності*. Не варто заспокоювати і заопікувати, навпаки, потрібно спонукати людину до активної самостійної дії, допомагаючи собі та оточуючим. Треба виходити з найпростіших дій та інструкцій, виходячи з контексту події, що відбулася. (наприклад, «Скажи мені номер будинку – я погано бачу», «Проведи мене до інших людей», «Дай мені води, будь ласка» тощо). Мета полягає в тому, щоб відновити у жертви почуття контролю.

– *Запитання, що спонукають до міркувань*. Канал спілкування з постраждалою особою під час інциденту має бути ментальним, раціональним, а не

емоційним. Не варто заохочувати постраждалу/ого висловлювати свої почуття під час та після події.

– *Усвідомлення події.* Дуже важливо розповісти потерпілому, що було і що було після події. Важливо наголошувати знову і знову, що про цю подію завершилося та закінчилося. Все позаду. Найважливіше у поясненні – це дозволити людині розповідати історію знову і знову, від самого початку, до того, як усе почалося, коли все ще було добре, і до кінця – після того, як усе закінчилося і він повернувся додому. Задайте їй питання, щоб створити послідовну розповідь. Не варто запитувати про те, як людина почувається – лише про те, що сталося та як сталося у хронологічному порядку [14].

На нашу думку, в умовах війни найбільш ефективною є надання ППД саме за ізраїльською моделлю.

Ізраїльські фахівці також рекомендують дотримуватися таких правил комунікації з постраждалими у гострий період [14]:

1. Пам'ятати, що у цей період людина дуже навіювана, і будь-яке слово помічника може викликати реакцію як зараз так і згодом.

2. Дотримуватися принципу «доєднання і ведення».

3. Дотримуватися принципу «тут і тепер».

4. Фрази-інтервенції, які вимовляє фахівець з ППД, мають бути чіткими, короткими, впевненими і нести такі послання: «Я з Вами», «Ви не самі...», «Я можу Вам допомогти».

5. Обов'язково представитися: «Я ...ім'я...спеціаліст з надання допомоги у кризових ситуаціях... Волонтер організації... Я вмію надавати допомогу у схожих ситуаціях».

6. Сфокусувати постраждалу/ого перш за все на фізичних відчуттях.

7. Для встановлення більш ефективного контакту, використовувати техніку «Три так».

8. По можливості звертатися з запитанням, що передбачає вибір, або проханням, яке постраждала/ий у змозі виконати.

9. Уникати конфронтації, підтримувати будь-які позитивні зміни у поведінці постраждалої/ого, заохочуючи словами і жестами.

10. Завершуючи первинну інтервенцію, зосередитись на досвіді постраждалої/ого у подоланні стресових ситуацій. Звернутися до її/його досвіду – як у минулому вона/він долала/в стреси, що саме допомагало з ними впоратися.

11. Психо-едукація. Забезпечити постраждалу/ого інформацією про можливі стани після травматичної події, місця і телефони спеціалістів, до яких вона/він може звернутися у разі потреби.

У цілому, надаючи ППД населенню в умовах війни, фахівцеві варто зосередитися на таких основних моментах:

- акцент на раціональне, а не емоційне (давати чітку і достовірну інформацію, акцентувати увагу на фактах, задавати прості запитання, що мають активізувати когнітивну сферу особистості постраждалого/ї);

- заохочення до свідомої діяльності, що несе соціальну корисність (запропонувати допомогти самому/ій собі, фахівцю, іншим постраждалим тощо);

- створювати почуття єдності, усувати почуття самотності і покинутості;

- нормалізувати емоційній і фізичний (по можливості) стан постраждалого/ї за допомогою простих стабілізаційних технік (дихання, релаксація, переключення уваги тощо);

- не ставити діагноз постраждалій особі, зокрема про наявність у неї ПТСР – це може зробити лише лікар.

Проведений теоретичний аналіз виявлених нами у психологічній літературі визначень і моделей першої психологічної допомоги показав, що між ними є

досить багато спільних рис, зокрема, ППД зазвичай надається у перші дні після переживання травматичної події, головна мета ППД – стабілізувати стан постраждалої особи та попередити розвиток у неї ПТСР; для надання ППД не обов'язкова психологічна освіта, але необхідна спеціальна підготовка з ППД, зокрема володіння низкою умінь і навичок (навички активного слухання, навички оцінювання симптомів, уміння застосовувати відповідні ситуації техніки психічної саморегуляції і навчати цього інших, уміння бути директивним і доброзичливим водночас).

Серед розглянутих моделей ППД найбільш ефективною у військовий час нами визначено ізраїльську модель МААСЕ др. М. Фархі завдяки її чіткості, практичності, лаконічності та перевіреності умовами війни.

Результати теоретичного аналізу ППД в умовах війни подано у нашій публікації [15].

Специфіка надання першої психологічної допомоги населенню під час війни визначається особливостями впливу тих кризових ситуацій, що виникають у воєнний час. Ці впливи, а також зміст кризових ситуацій розглянуто у наступному підрозділі.

1.2 Вплив кризових ситуацій під час війни на населення як основа для надання першої психологічної допомоги

Велика кількість кризових ситуацій та джерела походження викликають складність вивчення даного питання. Кризові ситуації визначаються, як ті які загрожують людині, її життю та можуть спонукати до фізичних травм. (О. Лабезна, 2004) [16].

Л. Трубіцина (2005), розглядаючи проблеми травми, виокремлює такі травмуючі ситуації: військові дії, природні катаклізми, екологічні та техногенні катастрофи, пожежі, терористичні акти, присутність під час насильницької смерті інших, нещасні випадки, сексуальне насильство, раптова поява загрозливих життю захворювань, нападу [16].

Є значні події, що привертають увагу колосальної кількості спеціалістів, проте мають місце і такі травмуючі ситуації, котрі з різних причин знаходяться за межою уваги спеціалістів. Основною причиною даних фактів є “немасовість” обставин, коли учасником ситуації з іншими травмуючими умовами виступає одна людина, а сама подія має індивідуальний характер.

Ф. Василюк подає різновид типів критичних обставин:

- стрес – не допускається можливість здійснити “вітальних” прямо зараз установок;
- фрустрація – нездоланні проблеми в реалізації життєво необхідних мотивів;
- конфлікт – особисто нерозв’язна суперечність мотивів та цінностей;
- криза – події, що допомагають неможливості здійснення життєвих задумів [16; 17].

Відмінності у чотирьох типах ситуацій пояснюються з позицій різних онтологічних підходів, в описі різних типів активності і внутрішньої необхідності. О. Туриніна [17] зазначає, що критична ситуація має важку внутрішню динаміку, а типи ситуацій взаємопов’язані одна з одною.

Основні ознаки травмуючих ситуацій:

- це нова реальність для особи яка суттєво відрізняється від повсякденних умов;
- висуває перед людиною проблему важкого вибору життя і смерті, і відбивається на світогляді особистості і переживання фундаментальної невразливості;

- визначається двократністю, так як з однієї сторони, несе загрозу, небезпеку, розбивання індивідуальності, а з іншої сторони – апелює до стійкості, сміливості, має перспективу до корисних змін;
- розбиває цілісність буденного життя людини, розділяючи життя до події яка трапилася, часовий відрізок, пов'язаний внаслідок екстремальних подій, та життя після;
- під її впливом особистість людини трансформується, можливе розпилення самоідентичності;
- під час неї важко спрогнозувати наступні події та розуміння подій, що відбуваються;
- змушує здійснювати самореалізацію індивідуальності і ускладнює можливості в задоволенні потреб;
- змушує можливості активного впливу на неї людини, але при цьому відкриває нові способи активності;
- зумовлює роботу з пошуку сенсу того, що відбувається;
- супроводжується появою тріадичної структури “розлад – адаптація – розвиток [17].

Важливо розділяти екстремальні ситуації, пов'язаних з такими умовами, які вимагають негайного втручання та усунення, а також з умовами, які пов'язані з діяльністю людини в обставинах, що висувають до нього підвищені або надмірні вимоги, але не припускають їх негайного усунення.

Для розмежування запроваджується поняття “катастрофічна” і “некатастрофічна” екстремальність. У першому випадку маються на увазі ситуації, які мають загрозу і небезпеку для життя і здоров'я людини, що зобов'язують попередити та позбутися, у другому – випадку коли здійснюється професійна діяльність людини.

Жертви стихійних лих та катастроф страждають від факторів, викликаних екстремальною ситуацією (Everstine, 1993):

1. Раптовість. В поодиноких випадках лиха людей попереджають – наприклад, що буде критична фаза повені чи буде ураган, шторм. Чим несподіваніша подія, тим вона руйнівніша для жертв.

2. Відсутність схожої практики. Лихо та катастрофа відбувається рідко, тому люди часто навчаються переживати їх у момент стресу.

3. Тривалість. Даний чинник варіює часові рамки. Наприклад, повінь, яка поступово розвивається, може так само помалу і спадати, а землетрус відбувається декілька секунд і приносить значно більше руйнувань. Однак у жертв окремих затяжних екстремальних подій (наприклад, викрадення літака) травматичні ефекти може збільшуватися кожного наступного дня.

4. Недолік контролю. Під час катастроф неможливо контролювати події. Може пройти багато часу, тільки з часом людина в змозі контролювати навіть звичайні буденні події. Якщо це відбувається довго, навіть у кваліфікованих людей, може сформуватися ознаки “навченої беспорядності”.

5. Горе і втрата. Люди які потрапили в катастрофу, можуть розійтися з важливими людьми або втратити когось з близьких; однак найгірше – це перебувати в очікуванні звісток про можливі втрати. Крім того, жертва може втратити через катастрофи свою громадську позицію. Якщо травматична подія відбувається довго то людина може втратити надію на відновлення того що втратила.

6. Постійні зміни. Руйнації викликані катаклізмою, можуть виявитися неочікуваними: жертва може опинитися у зовсім нових та небезпечних ситуаціях.

7. Експозиція смерті. Короткі небезпечні ситуації для життя можуть замінити особистісну структуру людини та її “пізнавальну карту”. Якщо повторюється подія втрати життя, це може привести до глибоких змін на

регуляторному рівні. При близькому зіткненні зі смертю ймовірно виникнення важкої екзистенційної кризи.

8. Моральна невпевненість. Жертва катастрофи може стати перед вибором, що буде пов'язаний з системою цінностей рішення, здатні змінити життя, – наприклад, кого врятувати, наскільки наважуватися на ризик, кого обвинувачувати.

9. Поведінка під час події. Усі хочуть виглядати. Кожна людина прагне виглядати гідно у важкій ситуації, але виходить це не усім. Те, що вона зробила або не зробила під час катастрофи, може переслідувати її дуже довго після того, як інші рани вже затяглися.

10. Розмір руйнувань. Переживши катастрофу, людина, здебільшого, вражена її негативними наслідками у соціальному житті. Зміни культурних норм змушують людину адаптуватися до них або залишитися чужинцем, інакше емоційний збиток поєднується з соціальною дезадаптацією [17].

На думку дослідників О. Євсюкова та В. Садкового, психотравмуючими є ті події, які викликають емоції інтенсивного страху та безпорадності. За Американською систематизація хвороб DSM—IV, травматичною можна назвати таку подію, яка пов'язана зі смертю, загрозою смерті, важким пораненням або іншою будь-якою загрозою фізичної цілісності. Але інколи психологічна травма виникає через те, що людина стає свідком загрозової події, поранення або смерті зовсім чужої людини [18].

Будь-які кризові ситуації – стихійні лиха, нещасні випадки, аварії, катастрофи, озброєні конфлікти – призводять до соціальних і психологічних наслідків, які порушують звичайне життя людей. Коли перед людиною виникає загроза, її природною реакцією на таку зміну у звичному для неї оточенні є стрес – стан фізичного та психологічного збудження.

Причиною виникнення та розвитку кризи, як правило є кризова ситуація що спричиняється значним стресовим фактором і руйнує звичні способи подолання несприятливих життєвих обставин. Внаслідок кризової ситуації у людини може розвинутих кризовий стан суттєвими характеристиками якого є його тривалість та інтенсивність детальніше про характеристики кризової ситуації та кризового стану. Коли людям загрожує серйозна небезпека, вони реагують інстинктивно [18].

Така реакція називається «бийся або біжи». 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.

Стресовими реакціями організму також можуть бути тремтіння губ і рук, кишкові розлади, нудота й озноб. Реакція «бийся або біжи» впливає на думки, відчуття та дії людини. Обмежується розумова активність, знижується здатність думати раціонально. Буває важко сконцентруватися, думки стрімко проносяться в голову, і в результаті перше, що спадає на думку, здається правильним вирішенням проблеми.

Людині, яка піддається стресу, важче спілкуватися з оточуючими та запам'ятовувати інформацію. У неї може виникнути дезорієнтація в часі та просторі. У стані стресу факти, які людина, здавалося б, чула і зрозуміла, можуть миттєво забуватися, і їх треба буде їй повторювати.

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.

Шок – біологічна реакція, викликана навколишніми подіями, через яку здатність реагувати паралізована або заморожена. Особи у цьому стані можуть бути зняковілі, почувати апатію або відчай. Інколи людина навіть не пам'ятає про кризову подію [7].

Шок – перша реакція на кризову подію. У стані апатії, здійснюючи механічні дії, постраждалий ледь сприймає інформацію.

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.

Роздратованість і агресивність породжують підозрілість і потребу звинуватити кого-небудь у всіх нещастях.

Жорстка поведінка також ускладнює спілкування з іншими людьми та може призвести до відчуженості.

Занепокоєння може викликати і відчуття марності зусиль та безпорадності.

Паніка буває не часто, але якщо вона виникає, необхідно одразу ж вжити заходів, оскільки вона може бути небезпечною безпосередньо для пані куючих і для тих, хто їх оточує.

Стан постраждалого може поступово нормалізуватися, залежно від тривалості і тяжкості кризової ситуації, а також від особистого досвіду постраждалого.

Важливо зазначити, що реакції на стрес не завжди та не обов'язково проявляються одразу ж після кризової події. Іноді починають виникати емоції, які раніше пригнічувалися або ігнорувалися. Ці почуття можуть бути настільки сильними, що людина не в змозі ними керувати. Важливо дати цим почуттям вийти назовні, перестраждати їх. Характерними стресовими реакціями можуть бути [7].

- страх повернення на місце подій;
- сновидіння та нічні кошмари; почуття тривоги, занепокоєння, безсоння; м'язове напруження, тремтіння та підвищена збудженість;
- підвищена роздратованість, усамітнення, депресія;
- неспокійні думки про те, що вижив, чи зміг допомогти, що винен, про горе.

Ми можемо зіткнутися з різними кризовими подіями – стихійні лиха, аварії, пожежі, катастрофи, нещасні випадки, ДТП, війна тощо. Постраждалими можуть виявитися окремі люди, сім'ї та цілі спільноти, люди втрачають будинки, близьких, виявляються відірваними від сім'ї та привичного оточення або стають очевидцями насильства, руйнувань і смерті.

Далі розглянемо кризову подію в умовах війни – це надважке випробування для психіки будь-якого члена суспільства, навіть цивільної особи.

Щоденні звістки про смерті захисників країни та цивільних, близьких людей, спостереження численних видів руйнувань, усвідомлення можливості власної загибелі, втрати країною державної цілісності та суверенітету, державності – перелік можливих стресогенних інформаційних впливів є досить широким.

Усе це спричиняє потужний астенічний вплив на психіку особи, яка захищається шляхом пускання в дію певних захисних механізмів, внаслідок чого у світоглядних конструктах та у характері міжособистісних (міжгрупових) комунікацій частини представників українського суспільства виникають певні астенічні зміни.

Усі ми є індивідуальними за своїми психологічними характеристиками, світоглядом, психологічною стійкістю та пружністю тощо [19].

Війна – це явище, яке здатне виснажувати людей на психологічному чи фізичному рівні. Війна змушує багатьох зіткнутися зі стресовими станами: у

людей виникають різні психічні стани: від агресії та злості до сорому й провини [20].

Психіка людини побудована так, що здатна адаптуватись, пристосовуватись до будь – яких ситуацій, але сам процес адаптації протікає у всіх по різному.

Бувають випадки, коли особистість через певні умови не може пристосуватись до нового життя і в результаті чого опиняється в кризовому стані. В такому випадку на допомогу приходить психолог, який допомагає усунути стан кризи та нормалізує психоемоційний фон людей. На початкових етапах надання психологічної допомоги, психолог уважно придивляється та аналізує кожну людину, а саме її поведінку, міміку, жести та ін.

Ступор – одна з найсильніших захисних реакцій організму, який приходить після сильного нервового потрясіння (вибух, напад, жорстоке насилля), коли людина втратила багато енергії на виживання, що сил на контакт із навколишнім світом у неї вже немає [21].

Якщо особа перебуває у стані ступору, вона може мати такі ознаки: відсутність довільних рухів чи мови, застигання у певній позі, стан нерухомості, відсутність реакцій на зовнішні подразники. Для того щоб вивести людину з цього стану психологу потрібно підійти та повільно взяти за руку і запросити особу піти з ним використовуючи такі фрази: «Вам не можна залишатися тут» чи «Давайте перейдемо у більш безпечне місце».

Стан нервового тремтіння проявляється після екстремальної ситуації, людина не може за власним бажанням припинити тремтіти. Психолог бере потерпілого за плечі та починає різко трясти 10 – 15 секунд і при цьому розмовляє з нею. Психологу не можна обіймати або притискати особу до себе [22].

Стан агресії вирізняється бурхливою поведінкою, емоційним переживанням гніву, злості, прагненням заподіяти іншому травму (фізичну чи моральну). Агресивний імпульс, навіть неусвідомлений, детермінує поведінку людей.

Стан істерики має таку низку ознак: мова емоційно насичена, швидка, крики, ридання, надмірне збудження, багато рухів. Для того щоб заспокоїти потерпілого, психолог створює спокійну атмосферу, тобто залишитись наодинці та говорити впевненим тоном та короткими фразами. Коли особа заспокоїться вона буде відчувати втому, якщо умови та місце дозволяє, то психолог пропонує потерпілому поспати [22].

Коли завершується екстремальної подія людина повертається в стан буденного життя, проте особистість продовжує діяти так, ніби знаходиться в психотравмуючій ситуації, такі зміни особистості суперечать вимогам повсякденного життя.

Після психотравмуючої події переривається процес трансформації особистості, упорядкування нового досвіду, переоцінки, зміни ставлення до ситуації. Усе це призупиняє подальший розвиток особистості, трансформація проходить за різними напрямками:

1. Втрата сенсів, які були раніше.
2. Відчуття безглуздості того, що відбувалося.
3. Негативне переосмислення.
4. Пошук сенсів та наділення ним абсурдного явища з погляду принципів щоденного життя.

Якщо дивитися на наслідки з сучасної психодинамічної моделі в якості наслідків травматизації розглядає наступні: регрес на оральну стадію розвитку, переміщення лібідо з об'єкта на Я, ремобілізація інфантильних імпульсів, використання примітивних захисних механізмів, автоматизація.

Приходять до висновків, що подія актуалізує дитячі травми.

Н. [2000] спробував об'єднати психоаналітичний та медико-біологічний підходи до травми. На думку Н. Пуховського, після гострих афективно – шокових реакцій на перший план вилазить картина первинного травматичного Его-стресу

(стресу свідомості) поки необхідність в новій дискомфортній посттравматичній ситуації дотримуватися «принципу реальності» породжує інтрапсихічний конфлікт.

Саме синдром Его-стресу розглядається як центральна ланка патогенезу психопатологічних наслідків травмуючої ситуації.

Відповідно до головних симптомів ПТСР то проаналізувавши всі існуючі до основних можна виділити наступні, котрі більш точно та детально описують цей стан, а саме [23]:

1. Повторюючі, нав'язливі спогади про події, думки чи відчуття, які включають образи Знову і знову переживається травмуюча подія. Спогади постійно виникають, навіть якщо людина намагається забути дану подію. Відчуття таке ніби подія відбувається в реальності. Може з'являтися наяву або при прокиданні, коли інтоксикація (ліками чи алкоголем). До даної групи теж відносять дитячі ігри, в яких є елементи травмуючої події.

2. Сняться сни про травмуючу подію, сни викликають важкі переживання та відчуття ніби це реальність.

3. Відчуття повторюваності психотравмуючої події відбуваються знову., Ілюзії, галюцинації, диссоціативні епізоди, відчуття відновлення пережитого. Людина начебто стає учасником психотравмуючих подій, можуть бути стани з розладами орієнтування, що тривають від декількох хвилин до декількох годин (діб).

4. Під впливом зовнішніх та внутрішніх подразників, значний психологічний дистрес, який нагадує будь-який аспект травмуючої події чи символізує про неї. В поодиноких випадках може виникати гострий стрес при зіткненні з чимось, стани психоемоційного напруження, при події, що нагадує про травмуючу.

5. Фізіологічна реактивність під впливом внутрішніх чи зовнішніх подразників, які нагадують будь-які аспекти травмуючої події чи символізує про

неї. Коли стикаються з ситуацією, що нагадує психотравмуючу, відбувається фізіологічні реакції: відчуття слабкості, пітливість, відчуття тиску в горлі, оніміння кінцівок.

6. Людина стає байдужою до всього, чим раніше захоплювалася. Втрата цікавості до раніше значущих видів діяльності чи участі в них.

7. Людина не може згадати деякі епізоди того, що з ним відбувалося. Часткова чи повна амнезія важливих аспектів травми.

8. Намагання уникнути думок, відчуттів чи розмов, пов'язаних з травмою. Спроби уникнути дій, місць, людей, які викликають спогади про травму. Людина наполегливо уникає всього, що нагадує про травму.

9. Нездатність планувати на тривалу життєву перспективу. Виникає відчуття «неперспективного майбутнього», формується коротка життєва перспектива, людина планує своє життя на короткий час.

10. Звуження діапазону афективної реакції. Знижений настрій, постійне незадоволення собою та оточуючими, роздратованість, апатія, втрата інтересу до оточуючої дійсності, зниження реагування на сенсорні подразники.

11. Немотивована пильність. Поведінка таких осіб відображає характер перенесеної психічної травми. Наприклад, учасники бойових дій відмовляються сідати спиною до дверей, вибирають місця з яких вони можуть спостерігати за усіма присутніми. Напруження не дозволяє особі розслабитися, відпочити, вимагає значних витрат енергії. Хворий слідкує за всім, що відбувається, відчуваючи небезпеку. Але ця небезпека не зовнішня, а внутрішня, часто вона проявляється в постійній фізичній напрузі, готовності в будь-який момент відбити зовнішню чи подолати внутрішню загрозу.

12. Посилена реакція переляку. Незначний шум, стук призводить до того, що людина починає бігти, сильно кричати. Різні звуки, запахи чи ситуації можуть

легко стимулювати у особи спогади про травмуючі події, відчуття безпомічності та незахищеності.

13. Ускладнення при засипанні та розлади тривалості сну. Нічні кошмари, боязнь заснути, сновидіння відображають психотравмуючу ситуацію, нервово виснаження, підвищення тривоги, нездатність розслабитися, відчуття фізичного та душевного болю.

14. Роздратованість та спалахи гніву. У учасників бойових дій виникають бурхливі реакції агресії при найменших неочікуваних подіях, які нагадують травматичні ситуації бойових дій (різкі звуки, крики, шум) Людина стає конфліктною, в суперечках застосовує насилля.

15. Труднощі при концентрації уваги. Людина не може зосередитися на чомусь, що необхідно пригадати. В деяких моментах концентрація уваги може бути достатньою, але тільки виникає стресовий фактор, як втрачається здатність зосередження. У дітей достатньо помітно знижуються успіхи в навчанні, відмінники стають посередніми учнями.

16. Відчуття відгородженість від оточуючих, виникає відчуття самотності навіть в колі родини, дітей [23]:

А. Бланк визначив повторювані відчуття яких є чотири типи:

- нічні кошмари і яскраві сни;
- яскраві сни, відчуттям реальності подій та дій, які можливо особа скоїла під впливом спогадів, від яких людина просинається;
- усвідомлюваний спогад – переживання, в яких яскраво представлені образи психотравмуючої події, супроводжуються візуальними, звуковими та нюховими складовими. При цьому може втрачатися контакт з реальністю;
- неусвідомлюваний спогад – неочікуване, абстрактне переживання, яке супроводжується певними діями та образами [24].

Психологічній науці відомі чотири етапи переживання кризової, психотравмуючої ситуації, її осмислення людиною та реагування на неї. Власне кажучи, ці етапи якраз і відображають характер видозмін, що відбуваються з нами та нашими психологічними реакціями протягом переживання такої ситуації.

Зазначені етапи є такими:

1. Перший етап – заперечення або шок. На цьому етапі, що настає відразу після дії травмуючого чинника, людина не може прийняти те, що сталося на рівні емоцій. Психіка оберігається від дії травматичної ситуації (етап нетривалий, з перших секунд до двох діб). Людина в цей час переживає гостру стресову реакцію на події навколо.

2. Другий етап – агресія і провина. Поступово починаючи переживати й усвідомлювати те, що трапилося, людина спочатку намагається звинувачувати в цій події тих, хто прямо або побічно міг бути причетним до її виникнення. Після цього людина звертає агресію на самого себе і відчуває провину («Якби я вчинив інакше, такого б не сталося, або сталося б на краще»).

3. Третій етап – депресія. Настає після усвідомлення того, що обставини проявили себе сильнішими за людину. Супроводжується почуттями безпорадності, покинутості, самотності, власної непотрібності. Людина не бачить виходу з положення, що створилося, втрачає відчуття мети, інтерес до спілкування («Ніхто мене не розуміє, усе життя не має сенсу»), співрозмовники починають її втомлювати, спілкування переривається, почуття самотності посилюється.

4. Четвертий етап – зцілення, реконструкція.

Для неї характерно повне свідоме і емоційного прийняття свого минулого і набуття нового сенсу життя. Людина виявляється здатною витягти з подій корисний життєвий досвід, і почати по-новому планувати своє життя, навіть в умовах продовження кризи (війни) [19].

Кризові ситуації значною мірою пов'язані зі стресом. Спектр можливих реакцій на стрес як безпосередньо в постраждалих, так і у людей, що опинилися мимоволі свідками подій, досить широкий, наприклад, сприйняття, розуміння, реагування та поведінка людей.

Людина так чи інакше психологічно втягнута в екстремальну ситуацію: як постраждалий або як очевидець. Якщо кризи викликані природними явищами, такими як стихійні лиха, то результатом часто є гнів, спрямований проти померлих.

Події, викликані діяльністю людини, можуть направити гнів проти тих, хто несе відповідальність за те, що сталося, і часто це підсилює емоційний вплив. Якщо те, що сталося, скоєно навмисно або цього можна було запобігти, це ще більше підсилює вплив події, оскільки ще важче змиритися із втратою, причиною якої стала людина, яка і хотіла заподіяти шкоду, наприклад, у разі застосування катувань або правопорушень. Розуміння того, що втрати можна було уникнути, також призводить до підвищеного почуття провини.

У людини в кризовій ситуації можуть бути такі реакції на стрес: апатія; ступор; рухове збудження; агресія; страх; істерика; нервові тремтіння; плач.

Реакція людини залежить від особистих факторів, таких як характер, рівень стресу, який відчуває людина в цей момент, досвід травм, із якими зіткнулася в минулому.

У деяких людей сильні емоції можуть з'являтися негайно, в інших реакція на них виникає через години або навіть дні після події. Є люди, які бурхливо реагують на те, що відбувається, і це може супроводжуватися плачем, тремтінням, м'язовим напруженням, нудотою, слабкістю.

Реакція оточуючих на стрес також може бути сильною, особливо коли людина гине у них на очах. Реакція на те, що сталося, може виражатися в почутті недовіри, злоби, страху та провини.

Стрес – реакція організму неспецифічна у відповідь на зовнішню дуже сильну дію. Стрес як особливий психофізіологічний стан забезпечує захист організму від впливів загрозливих і руйнівних: як психологічних, так і фізіологічних.

Для людини виникнення стресу означає, що вона долучилася до певної діяльності, спрямованої на протидію небезпечним для неї впливам. До того ж в організмі розвивається функціональний стан, який характеризується комплексом реакцій різних систем організму.

Отже стрес – це захисний механізм біологічної системи та здорова реакція людини. Стрес є нормальною реакцією на фізичний або емоційний виклик і виникає тоді, коли потреби перевищують ресурси для психологічної адаптації.

Люди, які переживають кризові події, піддаються настільки міцному стресу, що їм стає вкрай важко відновитися, їм потрібно більше часу на відновлення. Вони страждають від періодичних симптомів стресу, зберігаючи схильність до рецидиву під впливом будь-якого міцного подразника. Тривожні думки та кошмарні сні особливо ускладнюють повернення до нормального життя, і людина ніби «застрягає» в минулому. Коли важко контролювати небажані спогади, у людини може виникнути відчуття втрати контролю над власною свідомістю.

Ті, хто бере участь у наданні допомоги під час надзвичайних ситуацій або надає психосоціальну підтримку, також можуть опинитися в ситуаціях з дуже високим рівнем стресу. Різний стрес, емоційним або фізичним, «хорошим» або «поганим» він впливає на організм будь-якої людини. Реакції на стрес можуть бути різними та залежать від серйозності ситуації, а також від особистих якостей людини та її досвіду. Але в цілому, стрес впливає на фізичні, психологічні та соціальні функції людини.

Вище ми розглянули основні типові реакції людини на кризову ситуацію, як взагалі, так і на війну, як одне з найпотужніших кризових явищ.

Висновки до розділу

У цьому підрозділі визначено теоретичні засади першої психологічної допомоги в кризових ситуаціях під час війни.

Виявлено, що сама по собі війна є кризовою ситуацією, яка спричиняє гострі стресові реакції у населення. Серед негативних наслідків війни вплив на психічне здоров'я мирного населення є одним із найвагоміших. Це є травматичним, стресовим досвідом, який може провокувати різноманітні розлади, тому так важливо турбуватися про збереження психологічного благополуччя. Проте, якщо особистість самотійно не може досягнути нормалізації психоемоційного стану, в такому випадку необхідним є звернення до спеціаліста, зокрема психолога чи психотерапевта.

Під час війни необхідним є надання першої психологічної допомоги, яка, в першу чергу, спрямована на запобігання розвитку ПТСР, зменшити гостроту первинного посттравматичного дистресу, допомогти людям адаптуватися до нових умов. Розглянуто низку визначень ППД, її основні аспекти та особливості надання у різні часові проміжки після травматичної події. Наведено і порівняно такі моделі ППД як RAPID PFA (Дж. С. Еверлі та Дж. М. Летінг) і МААСЕ (М. Фархі). Подано рекомендації ізраїльських фахівців щодо особливостей надання ППД у гострий період.

Визначені теоретичні положення потребуються емпіричної перевірки. Результати емпіричного дослідження подано у наступному розділі цієї роботи.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНІ ЗАСАДИ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ ПІД ЧАС ВІЙНИ

2.1 Опис дослідницького інструментарію та процедури дослідження

При наявності значної кількості методик для дослідження тривоги, депресії, стресу, значна їх частина є досить громіздкою, що не є комфортним ані для досліджуваного, ані для дослідника, коли потрібно провести швидкий скрінінг проблеми. Відтак у кризових (негострих) ситуаціях доцільно використовувати короткі опитувальники.

У нашій роботі ми ґрунтувалися на досвіді американських професорів Р. Брауна і П. Гербарг, які мають багаторічний досвід роботи з кризовими станами у дорослих і дітей в умовах війни, стихійних лих, звільнення з рабства тощо. Розпочинаючи роботу з допомоги українцям за допомогою своєї системи ВВМ (Breath Body Mind) (сайт: <https://www.breath-body-mind.com>) вони використовують такі методики: PCL-5, HADS, PHQ-9. Ці методики дають комплексне уявлення про психічний і фізичний стан досліджуваного, при цьому є компактними і зрозумілими. Опишемо їх коротко.

PCL-5 (Posttraumatic Checklist for DSM-5 – Посттравматичний опитувальник) [25; 26]. використовується для скрінінгу ПТСР.

Містить 20 запитань, на які потрібно дати один з варіантів відповіді, згідно свого актуального стану:

- «зовсім ні» (відповідає 0 балів),
- «трохи» (1 бал),
- «помірно» (2 бали),
- «відчутно» (3 бали),
- «дуже» (4 бали).

Таким чином, можливий мінімальний бал – 0, максимальний – 80.

Питання відображають відповідні кластери симптомів ПТСР за класифікацією DSM-5:

- опис травматичної події (критерій А);
- симптоми інтрузії (критерій D);
- симптоми уникнення (критерій С);
- негативні думки та емоції (критерій D);
- симптоми надмірної реактивності (критерій E).

Є 2 підходи до інтерпретації результатів. Клінічно значущими симптоми вважаються, якщо:

1) підрахунок по кластерах симптомів: досліджуваний/а відповідає на +2 бали з одного з питань з групи В та С і на два запитання – групи D та E;

2) рахувати усі бали разом: досліджуваний/а загалом набирає 33 або більше балів [25].

Методика подана у додатку Б.

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire – Опитувальник стану здоров'я пацієнта) [27; 28]. спрямована на виявлення депресивних симптомів.

Методика містить 9 запитань, кожне з яких потрібно оцінити, як часто протягом останніх двох тижнів перераховані проблеми турбували досліджуваного/у.

Варіанти відповідей: «жодного разу» (відповідає 0 балів), «кілька днів» (1 бал), «понад тиждень» (2 бали), «майже кожен день» (3 бали). Таким чином, максимальна кількість балів 27 балів, мінімальна – 0 балів.

Інтерпретація результатів відбувається у такий спосіб [28]:

- 0 – 4 – мінімальний рівень;
- 5 – 9 – помірний рівень;

- 10 – 14 – середній рівень;
- 15 – 19 – помірно важкий;
- 20 – 27 – важкий.

Шкала також містить додаткове питання, що не нумерується: «У випадку наявності у Вас наведених вище проблем – наскільки вони ускладнили виконання Вами службових обов’язків, домашніх справ або ж спілкування з іншими людьми?», на яке пропонуються відповіді: «зовсім не ускладнили», «дещо ускладнили», «дуже ускладнили», «надзвичайно ускладнили».

Методика подана у додатку В.

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale – Госпітальна шкала тривоги та депресії) [29] спрямована на визначення рівня тривоги і депресії. Містить дві частини «Т» (тривога) і «Д» (депресія) по 7 тверджень у кожній. До кожного твердження пропонуються по 4 варіанти відповідей, що оцінюються від 0 до 3 балів. Загальна сума балів визначає рівень тривоги і депресії досліджуваного/ї.

Максимальна кількість балів по кожній шкалі – 21, мінімальна – 0.

Інтерпретація результатів відбувається у такий спосіб:

- від 0 до 7 – норма (відсутні яскраво виражені симптоми тривоги і депресії);
- від 8 до 10 – субклінічно виражена тривога/депресія;
- від 11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Аналіз методик і обґрунтування їх вибору подано у нашій публікації [30].

Методика подана у додатку Г.

Також була створена авторська анкета, яка мала два основних завдання:

- 1) опис вибірки за такими критеріями як вік, стать, професійна діяльність, освіта. Це такі питання: «ваш вік», «ваша стать», «ваша освіта», «сфера Вашої діяльності», «місце Вашого нинішнього проживання»;

виявлення реакцій досліджених на війну на її початку і зараз та способів актуальної психологічної самопомоги, а також загальний вплив війни на досліджених. Це такі запитання:

- Чи були ви змушені змінити місце проживання у зв'язку з війною в Україні?
- Чи відчуваєте Ви на собі вплив війни в Україні?
- Яких втрат Ви зазнали через війну в Україні?
- Якою була Ваша реакція, коли Ви дізнались, що в Україні почалась війна?
- Як ви реагуєте на війну в Україні зараз?
- Як Ви допомагаєте собі впоратися із переживаннями, викликаними війною?

Більшість запитань були напіввідкриті, тобто містили можливість для дослідженого додати власний варіант відповіді.

Повний текст анкети подано у додатку А.

Дослідження проводилось онлайн за допомогою Google-форми <https://forms.gle/qJDvNmdGanH98jRj7>

Характеристика вибірки.

У дослідженні взяли участь 35 осіб, 28,6 % чоловічої та 71,4 % жіночої статі, від 19 до 50 років. При цьому ми отримали такий віковий розподіл:

19-29 років – 13 осіб (37,1 % досліджених);

31-39 – 12 осіб (34,3 %);

40-47 – 8 осіб (22,9 %);

50-51 – 2 особи (5,7 %).

За рівнем освіти:

- магістр або спеціаліст – 51,4%;

- бакалавр – 22,9%,
- середня спеціальна (коледж, училище) – 8,6%;
- науковий ступінь – 5,8%;
- середня – 2,9%;
- вища (незакінчена) – 2,9%;
- вища (медична) – 2,9%;
- немає – 2,9%.
- За професіями:
- сфера надання послуг – 28,6 %;
- підприємницька діяльність – 25,7 %;
- освітня діяльність – 11,4 %;
- маркетингова діяльність – 8,6 %;
- медична діяльність – 8,6 %;
- ІТ сфера – 5,7 %;
- інженерія – 2,9 %;
- юрист – 2,9 %;
- банківська сфера – 2,9 %;
- правоохоронець – 2,9 %.

Таким чином, наша вибірка є досить репрезентативною.

Результати емпіричного дослідження представлені у наступному підрозділі.

2.2 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Розглянемо дослідження емоційних станів населення під час війни в Україні за використаними методиками.

Анкетування.

Розглянемо послідовно результати проведеного анкетування.

Характеристики вибірки, отримані за анкетною, подані у попередньому підрозділі. У цьому підрозділі ми описуємо результати, які пов'язані з реакціями досліджених на війну та її впливом на населення України.

Переважає більшість наших респондентів – 91,4 % – на момент проведення дослідження проживали на території України, і лише 8,6 % – в інших країнах.

При цьому відповіді на запитання «Чи були ви змушені змінити місце проживання у зв'язку з війною в Україні» розподілились так, як показано на рисунку 2.1.



Рисунок 2.1 – Відповіді на запитання «Чи були ви змушені змінити місце проживання у зв'язку з війною в Україні?»

Як видно з рисунку 2.1:

більшість досліджених – 62,9 % – залишилося у своєму місці проживання;

17,1 % опитаних довелося переїхати в інше місто;

11,4 % спочатку виїхали, а потім повернулися;

8,6 % переїхали за кордон.

Відповіді на запитання про те, чи відчувають досліджені на собі вплив війни в Україні розподілились так, як це видно на рисунку 2.2.

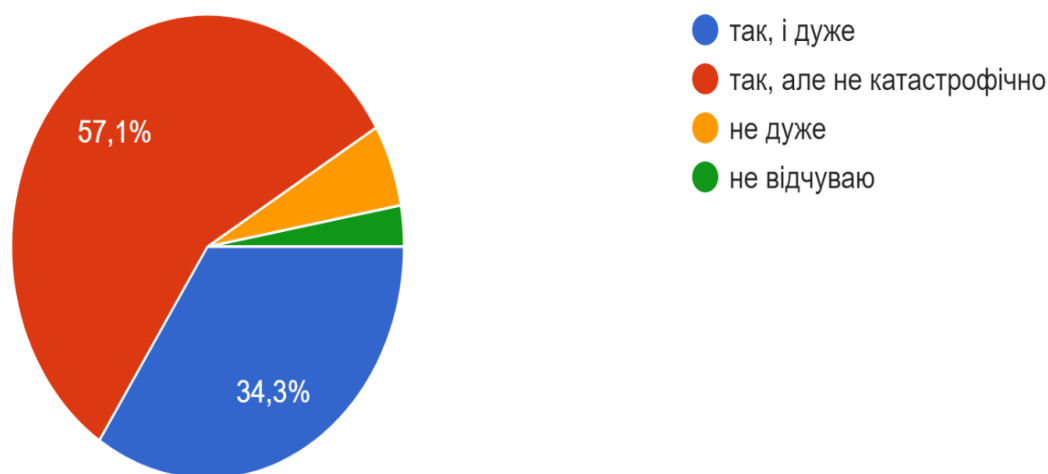


Рисунок 2.2 – Відповіді на запитання «Чи відчуваєте ви на собі вплив війни в Україні?»

Як видно з рисунку 2.2:

більшість досліджених – 57,1 % відчуває вплив війни, але не катастрофічно;

34,3 % – відчуває вплив війни, і дуже;

5,7 % – не дуже відчувають вплив війни;

і 2,9 % – взагалі не відчуває вплив війни.

Далі ми уточнювали, чи зазнали наші досліджені якихось втрат через війну в Україні. Опитуванні могли обрати декілька варіантів відповіді. У таблиці 2.1 відповіді подані у порядку спадання за частотою їх вибору.

Таблиця 2.1 – Відповіді на запитання «Яких втрат зазнали опитуванні через війну в Україні?»

| Варіанти відповідей | Кількість досліджених | |
|---|-----------------------|-------|
| | Відсотки, % | Особи |
| втрата звичного способу життя | 71,4 | 25 |
| психологічні зміни (втрата спокою, впевненості у собі тощо) | 77,1 | 27 |
| втрата себе, яким/ою був/була раніше | 11,4 | 4 |
| втрата близьких людей | 8,6 | 3 |
| втрата роботи | 8,6 | 3 |
| немає втрат | 5,7 | 2 |
| матеріальні втрати (житло, майно тощо) | 5,7 | 2 |
| Чоловік втратив роботу, збільшення навантаження | 2,9 | 1 |

Як видно з таблиці 2.1:

більшість опитаних зазначає психологічні зміни, такі як втрата спокою, впевненості у собі тощо (77,1 %) і втрату звичного способу життя (71,4 %);

вже значно менша кількість опитаних відзначила, що втратили себе, яким/ою був/була раніше – 11,4 %.

Є досліджені, які втратили близьких, роботу (по 8,6 %), майно, житло (5,7 %).

5,7 % досліджених відзначили, що не мають втрат.

Одна досліджена дала відповідь: «Чоловік втратив роботу, збільшення навантаження».

За такими відповідями можна зробити висновок, що населенню потрібна

психологічна підтримка та робота з реадаптації до нових умов життя.

Відповіді на запитання «Якою була Ваша реакція, коли Ви дізнались, що в Україні почалась війна?» представлені у таблиці 2.2. Досліджені могли обрати кілька відповідей і запропонувати свій варіант.

Таблиця 2.2 – Відповіді на запитання. «Реакція опитуваних, коли дізнались, що в Україні почалась війна?»

| Варіанти питань | Кількість досліджених | |
|---|-----------------------|-----------|
| | Відсотки % | Кількість |
| Почала/Почав телефонувати своїм, і питати, хто як | 65,7 % | 23 |
| Я ніби завмер/завмерла на якийсь час, не знав/ла що робити, куди йти тощо | 51,4 % | 18 |
| Одразу пішов/пішла шукати, де потрібна моя допомога | 37,1 % | 37 |
| Хотіла/хотів схопити своїх рідних і втекти чим подалі від цього жахіття | 20 % | 7 |
| Хотілося схопити зброю і бігти стріляти ворогів | 14,3 % | 5 |
| Плакав/плакала | 11,4 % | 4 |
| Почав/почала прибирати в оселі | 5,7 % | 2 |
| Почала збирати речі, документи, бо дуже було страшно від невідомості, що завтра буде | 2,9 % | 1 |
| Обдзвонивши всіх рідних, поїхала на роботу | 2,9 % | 1 |
| Приїхала на роботу і почала допомагати організовувати роботу і заспокоювати людей, які були налякані більше ніж я | 2,9 % | 1 |
| Не вірила/в | 2,9 % | 1 |

Як бачимо з таблиці 2.2, більшість опитаних коли дізналися, що в Україні почалася війна реагували таким чином:

більшість почала телефонувати своїм близьким (65,7 %),

а також проявили реакцію завмирання і розгубленості (51,4 %),

вже менша кількість опитаних відзначила, що пішли шукати, де потрібна допомога – 37,1 %.

Також є досліджені, які хотіли втекти – 20 %;

і ще менше, тих, хто зауважив за собою бажання схопити зброю і бігти стріляти ворогів – 14,3 %;

плакали 11,4 % досліджених;

і почали прибирати в оселі 5,7 %;

2,9 % – не вірили у те, що відбувається.

По одному дослідженому (2,9 %) дали свої варіанти відповідей:

«почав/ла збирати речі, документи ,бо дуже було страшно від невідомості, що завтра буде»;

«обдзвонивши всіх рідних, поїхала на роботу»;

«приїхала на роботу і почала допомагати організовувати роботу і заспокоювати людей, які були налякані більше ніж я».

З цих відповідей видно, що в опитаних мали місце три первинні реакції на стрес:

«завмри» (переважаюча) – 51,4% («Я ніби завмер/завмерла на якийсь час, не знав/ла що робити, куди йти тощо»)

«біжи» – 20% («Хотіла/хотів схопити своїх рідних і втекти чим подалі від цього жахіття»).

«бий» – 14,3% («Хотілося схопити зброю і бігти стріляти ворогів»).

Виявлені також реакції, які ізраїльський фахівець з кризової допомоги і ППД Алекс Гершанов називає «суто людська реакція на стрес» – «допомога іншим». У

нашій вибірці це: 65,7 % – «Почала/Почав телефонувати своїм, і питати, хто як» і 37,1 % – «Одразу пішов/пішла шукати, де потрібна моя допомога».

На наступне запитання анкети «Як ви реагуєте на війну в Україні зараз?» (можна було відмітити кілька варіантів і дати свою відповідь) ми отримали відповіді, які подані на рисунку 2.3.

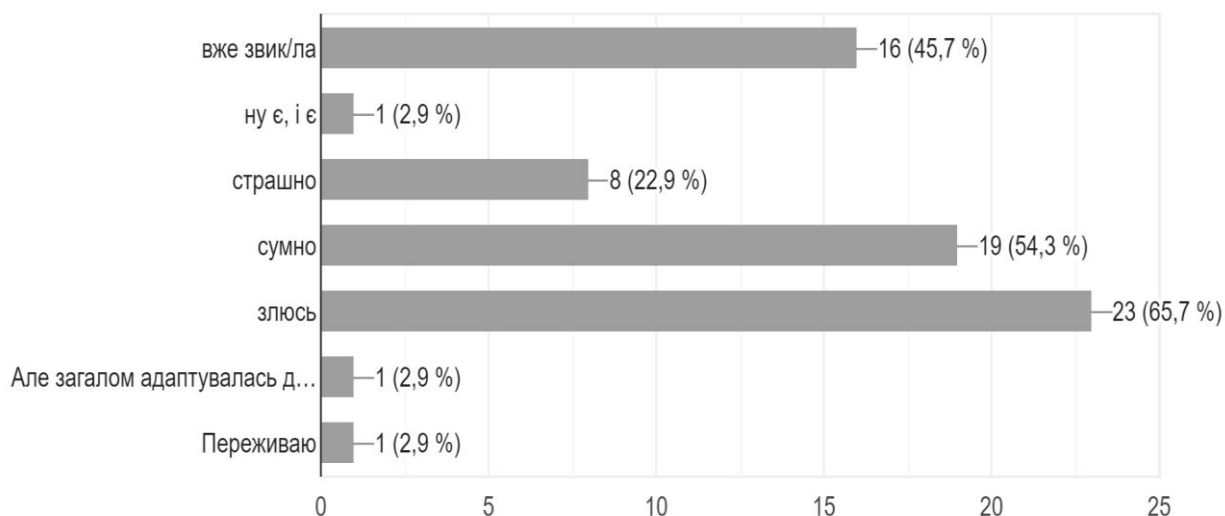


Рисунок 2.3 – Відповіді на запитання «Як ви реагуєте на війну в Україні зараз?»

На рисунку 2.3 бачимо, що:

більшість досліджуваних 65,7 % – зляться;

54,3 % – відчуває сум;

менше половини – 45,7 % – вже звикли

22,9 % – страшно.

Також по 2,9 % – переживають; загалом адаптувалися до війни і дали відповідь «ну є, і є».

Таким чином, на сьогоднішній день більшість наших досліджених знаходяться на так званій стадії злості переживання війни в Україні.

Для визначення особливостей надання ППД, нам було важливо визначити, як люди самі собі допомагають впоратися із переживаннями, викликаними війною.

Відповіді на це запитання подані у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3 – Відповіді на запитання «Як Ви допомагаєте собі впоратися із переживаннями, викликаними війною?»

| Варіанти питань | Кількість досліджених | |
|---|-----------------------|-----------|
| | Відсотки % | Кількість |
| Роблю, те що можу робити для Перемоги | 82,9 % | 29 |
| Живу своїм звичним життям | 37,1 % | 13 |
| Виконую спеціальні вправи (самонавіювання, медитації, дихальні вправи тощо) | 17,1 % | 6 |
| Нічого не роблю | 2,9 % | 1 |
| А я і не переживаю | 2,9 % | 1 |

Як видно з таблиці 2.3,
 більшість опитаних робить, те що може робити для Перемоги – 82,9 %;
 живе своїм звичним життям – 37,1 %;
 виконують спеціальні вправи (самонавіювання, медитації, дихальні вправи тощо) – 17,1 %;
 нічого не робить 2,9 % опитаних;

і не переживає 2,9 %.

Таким чином, найкраще допомагає нашим дослідженим певна активність, допомога іншим та все інше, що на їхню думку сприяє перемозі України.

У цілому, результати анкетування показали, що наші досліджені схильні як до реакцій завмирання у ситуації стресу, так і до активних реакцій, зокрема допомоги іншим. Допомога та активність є також тими способами самопомоги, якими користуються наші опитані, щоб упоратися зі своїми переживаннями, пов'язаними з війною.

Варто також зауважити, що однією з переважних реакцій опитаних є злість. Відповідно, для цієї вибірки варто було би рекомендувати як вправи для безпечного відреагування злості, так і інформування щодо способів наблизити перемогу та проявити свою активність.

Як зазначалось у розділі 2.1, нами був використаний «Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5)».

Для проведення дослідження за опитувальником PCL-5 ми з'ясували особливості вираженості симптомів ПТСР.

Результати проводяться за чотирма групами:

групи В – нагадування травматичної події: нав'язливі спогади, страшні сни, флешбеки про травматичну подію, сильний психологічний дистрес;

групи С – симптоми уникнення: уникання думок, почуттів або спогадів, пов'язаних з подією, також уникання дій, місць, розмов або людей, які провокують появу спогадів про подію;

групи D – негативні думки та емоції: негативні думки про себе чи навколишній світ, почуття провини, відсутність інтересу до того, що раніше подобалося;

групи Е – симптоми надмірної реактивності: труднощі зі сном, роздратованість або спалахи гніву, проблеми з концентрацією, високу лякливість, надмірну напруженість.

Результати дослідження, отримані за цією методикою, представлені на рисунку 2.4.

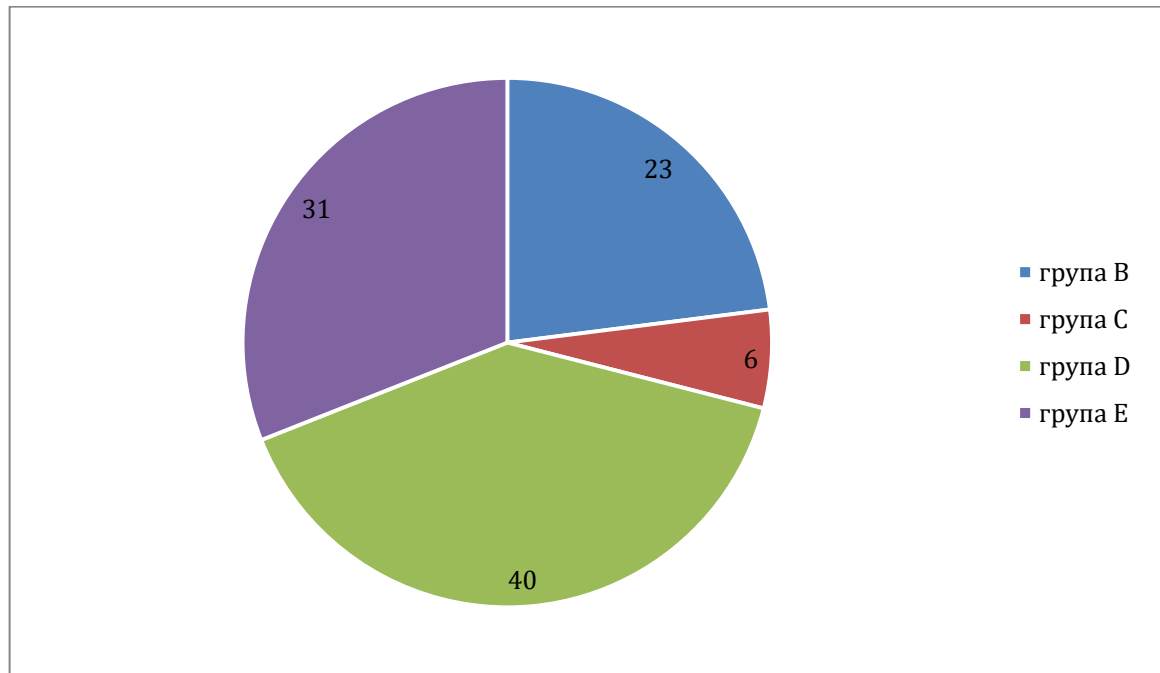


Рисунок 2.4 – Результати дослідження за методикою «Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5)»

З рисунку 2.4 ми можемо спостерігати, що найбільш яскраво вираженими у дослідженій вибірці були прояви критерію D (негативні думки та емоції) – 41 % та критерію Е (симптоми надмірної реактивності) – 31 %;

трохи менше проявлені симптоми критерію В (інтрузії) – 23 %;

і найменше проявились симптоми критерію С (уникнення) – 6 %.

Середні показники за кожною групою симптомів такі:

групи В (нагадування травматичної події) – 4,3 (21,5 % від максимально можливого показника – 20);

групи С (симптоми уникнення) – 1,9 (23,8 % від максимально можливого показника – 8);

групи D (негативні думки та емоції) – 8,9 (31,8 % від максимально можливого показника – 28);

групи Е (симптоми надмірної реактивності) – 5,8 (24,2 % від максимально можливого показника – 24).

Порівняння середніх і максимально можливих показників за кожною групою виявляє, що у наших досліджених вони знаходяться у межах норми, але варто звернути увагу на показники групи D (негативні думки та емоції), що є дещо вищими за інші. Відповідно, у дослідженій вибірці варто працювати саме з негативними думками та емоціями.

Ці результати, в загальному, збігаються із результатами нашого анкетування, яке також показало вираженість негативних емоцій у досліджених.

Можна також говорити про те, що у більшості наших досліджених не розвинувся ПТСР.

Розглянемо результати за опитувальником РНQ-9, який спрямований на виявлення рівня депресивних реакцій. Результати за цим опитувальником подані на рисунку 2.5.

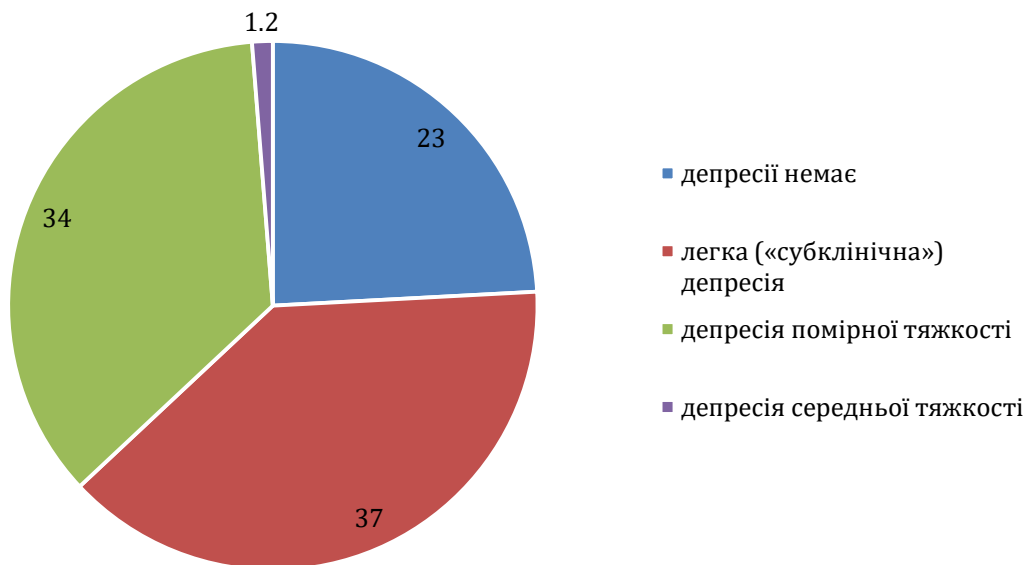


Рисунок 2.5 – Опитувальник пацієнта про стан здоров'я – PHQ-9

Як видно з рисунку 2.5, за результатами опитувальника PHQ-9: легка («субклінічна») депресія виявлена у 37 % осіб; депресія помірної тяжкості – у 34 % осіб; у 23 % – осіб депресії немає, при цьому, депресію середньої тяжкості було виявлено у 6 % – осіб.

Узагальнені результати: в 77,1 % – була виявлена депресія на різних стадіях.

Середній показник депресії за вибіркою – 7,8 %, що за PHQ-9 відповідає помірному рівню.

У цьому опитувальнику є також окреме запитання, яке обчислюється і розглядається окремо: «У випадку наявності у Вас наведених вище проблем – наскільки ускладнилося виконання Вами службових обов'язків, домашніх справ та спілкування і іншими людьми?». Відповіді на це запитання розглянемо на рисунку 2.6.

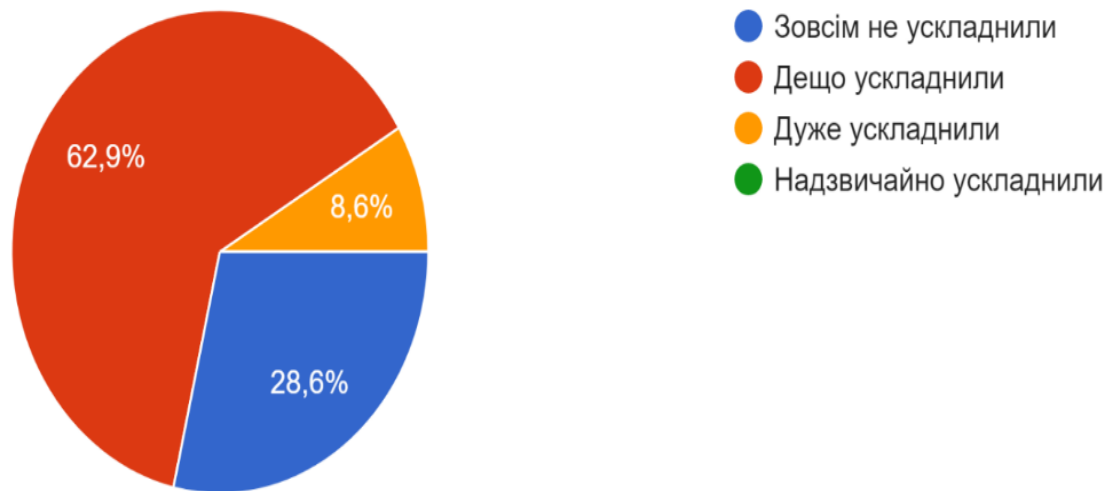


Рисунок 2.6 – Розподіл відповідей на запитання «У випадку наявності у Вас наведених вище проблем – наскільки ускладнилося виконання Вами службових обов’язків, домашніх справ та спілкування і іншими людьми?» опитувальника PHQ-9

Як видно з рисунку 2.6,

у більшості досліджуваних – 62,9 % наведені проблеми дещо ускладнили виконання службових обов’язків, домашніх справ та спілкування і іншими людьми;

у 28,6 % – зовсім не ускладнили;

і у 8,6 % – дуже ускладнили.

За такими відповідями можна зробити висновок, що дослідженим потрібна психологічна допомога, зокрема зі зменшення симптомів депресії.

Наступний етап дослідження визначення тривожності за опитувальником HADS (Госпітальна шкала тривоги та депресії). Це опитування розділено на дві окремі групи: рівень тривожності (рис. 2.7) та рівень депресії (рис. 2.8).

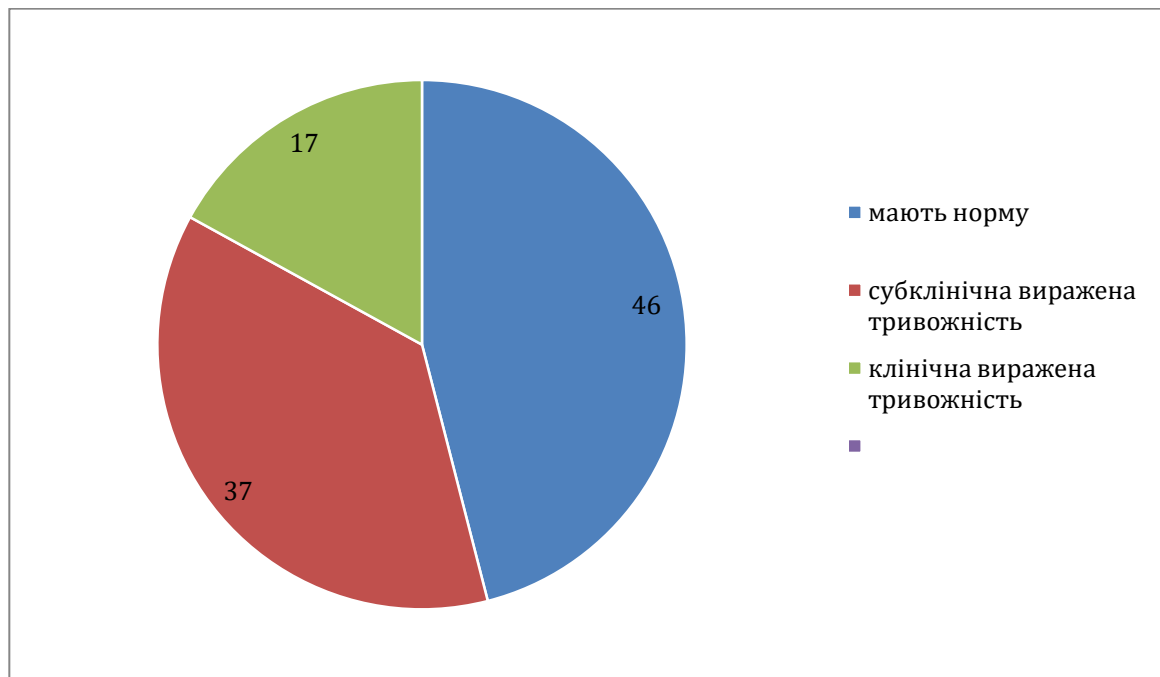


Рисунок 2.7 – Рівень тривожності у дослідженій групі за HADS (Госпітальна шкала тривоги і депресії)

Як видно з рисунку 2.7,

у більшості досліджених – 46 % – тривога у нормі;

у 37 % – субклінічно виражена тривога;

і в 17 % клінічно виражена тривога.

Середній показник тривоги по вибірці – 7,9, що, за HADS відповідає межі між нормою (0-7 балів) і субклінічно вираженою тривогою (8-10 балів).

Такі результати свідчать про те, що наші досліджені мають досить високий, показник тривоги, який варто корегувати.

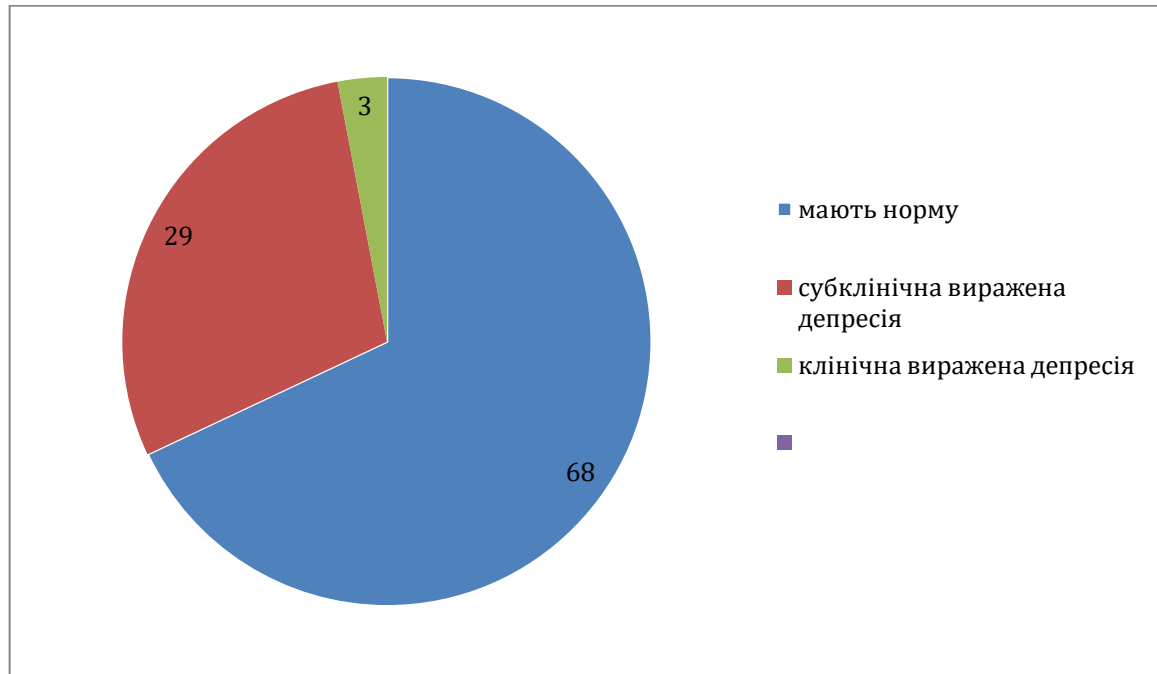


Рисунок 2.8 – (Госпітальна шкала тривоги і депресії)

Як видно з рисунку 2.8:

більшість досліджених 68 % – мають норму за шкалою депресії (відсутність достовірно виражених симптомів депресії);

29 % – субклінічно виражена депресія;

3 % – клінічно виражену депресію.

Середній показник депресії по вибірці – 5,2, що, за HADS відповідає нормі (0-7 балів).

Таким чином, за результатами HADS у наших досліджених більше виражена тривога, ніж депресія, що збігається з результатами анкетування та, частково, з PHQ-9.

Як можна побачити, результати за HADS розузгоджуються з результатами за PHQ-9, де рівень досліджених без виражених симптомів депресії суттєво менший – 23 %. Цікаво також, що середній показники тривоги за HADS і середній

показник депресії за РНҚ-9 майже збігаються (7,9 і 7,8 відповідно).

Ці розбіжності можуть бути пов'язані як з різними симптомами депресії, що взяті в основу опитувальників, так і з дещо різними підходами в їх оцінюванні дослідженими.

Отже, як показало наше емпіричне дослідження, більшість наших у стресі можуть проявляти всі три первинні реакції на стрес: «бій», «біжи», «завмири» із переважанням останньої, та «суто людська реакція на стрес» – допомога іншим, яка водночас є і одним із провідних способів психологічної самопомоги досліджених. За емоційними станами, у досліджених переважають злість, сум, тривога і досить виражені прояви депресії.

Відповідно до отриманих результатів, доцільно розробити рекомендації з надання першої психологічної допомоги в кризових ситуаціях під час війни, яка подана у наступному підрозділі

2.3 Рекомендації з надання першої психологічної допомоги в кризових ситуаціях під час війни

Відповідного до проведеного теоретичного та емпіричного дослідження, нами були розроблені рекомендації з надання першої психологічної населенню України в кризових ситуаціях під час війни.

Рекомендації включають чотири блоки:

вихідні питання;

загальний алгоритм надання ППД;

три дії-принципи ППД;

основні правила ППД

допомога у відновленні почуття неперервності.

У цих рекомендаціях використані матеріали підручників з ППД [5; 6; 7], розробки українських вчених і практиків [56; 57; 58; 59; 60] та матеріали онлайн курсу «Psychological first aid, self-care and mitigation of burn-out and compassion fatigue for care-providers» (ведучий – Марк Шерман, квітень 2022 р.) від Israel Trauma Coalition [14].

1. Вихідні питання.

Перше, що потрібно зробити перед виїздом на місце кризової події – це з'ясувати таку інформацію[6]:

- Що трапилось?
- Де і коли?
- Кількість постраждалих, якщо така інформація є?
- Хто постраждав?
- Хто надає базові послуги (невідкладну медичну допомогу, воду, харчування, притулок, розшук членів сім'ї)?
- Коли і де люди можуть отримати доступ до цих послуг?
- Хто ще надає допомогу? Чи залучене в заходи реагування на подію місцеве населення?
- Яка небезпека може бути на місці подій?
- Чи є там місця, яких слід уникати через небезпеку або через заборону доступу?

Ці питання допоможуть вам підготуватися та розібратися швидше на місці події, ефективно надавати ППД та розуміти дані стосовно власної безпеки.

2. Загальний алгоритм надання ППД [5; 6; 7; 14]:

1. Не починайте діяти одразу.

2. Оцініть, яка допомога (окрім ППД) потрібна. Хто потребує допомоги найбільше.

«Запитати як звати людей, яким потрібно допомогти».

3. Проговорити людині:

«Я з Вами», «Ви не самі...», «Я можу Вам допомогти».

4. Обов'язково представитися:

«Я ...ім'я...спеціаліст з надання допомоги у кризових ситуаціях...
Волонтер/ка організації... Я вмію надавати допомогу у таких ситуаціях».

5. Наступне відновити процес дихання: починаємо дихати в ритм:

«Вдих...затримали повітря...видих». «Дихайте...Вдих ...і видих ... вдих ... і видих».

6. Орієнтація реальності. Задати питання:

Що людина бачить навколо себе? Що чує? Де вона знаходиться?

Надайте ясну інформацію про подію, якщо людина не орієнтується зовсім,
коротко дати дані про час, місце перебування, ситуацію яка відбулася:

«Навколо багато людей ми на площі. Був вибух. Ви налякалися»

Ваша мова спокійна, проста.

Потім відновіть ланцюжок пам'яті, запитайте, що пам'ятає до, що після події:

«Як все почалося? Що Ви робили?».

7. Встановіть обережний тілесний контакт:

«Візьміть за руку потерпілого або погладьте по плечу»

Доторкатися до голови та іншими частинам тіла не рекомендується. Займіть
«Будьте в положенні на рівні з потерпілим, не розвертатися спиною»

«Якщо потерпілий дитина можна при обійняти».

8. Не звинувачуйте ніколи людей. Не використовувати слова, які викликають почуття провини.

9. Не говоріть неправдиву інформацію та не давайте обіцянок, які не зможете виконати. Допомогти людині, щоб вона почала опиратися на себе, а не на вас. Інструкуйте їх і давайте їм прості доручення.

«Одягніть курку....складіть речі в сумку».

Це потрібно щоб у людини виникло відчуття, що вона сама все контролює: «Ви вже виходили з складних ситуацій.. правда? І зараз зможете»

10. Вислухайте. Сконцентруйтеся на тому, що вам говорять, і будьте активним слухачем. Повторюйте позитивне.

11. Проговоріть людині, що Ви будете з нею. Якщо вам треба відійти, подбайте про те, щоб хтось із нею залишився, передайте інформацію по потерпілому.

12. Захищайте людину від зайвої уваги і розпитувань.

13. Пам'ятайте, що все, що відбувається з людиною у ситуації війни – збудження або навпаки, завмирання, є нормальним.

14. Якщо ви не готові або вам не приємно то, не надавайте психологічну допомогу. Зверніться до того, хто готовий це зробити. Дотримуйтеся принципу «Не нашкодь»! Зверніться по допомогу до фахівця психотерапевта, психіатра, психолога.[31].

3. Три дії ППД.

Три основні дії ППД – це спостерігай, слухай, спрямовуй. Вони потрібні для оцінювання кризової події та надання безпечної допомоги постраждалими особам, розуміння їхніх потреб та перенаправлення їх туди, де вони зможуть отримати необхідну їм допомогу.

Ці три дії або принципи ППД подано нижче [5; 6; 7].

Спостерігай

- *Умови безпеки.* Якщо є ризики, залишайтеся за межами епіцентру кризи та намагайтеся подбати про надання допомоги тим, хто її потребує.
- *Постраждали, які потребують екстреної медичної допомоги.* Першу допомогу надають тільки спеціально навчені люди.
- *Постраждали в стані стресу.* Надайте ППД і залишайтеся поруч, доки їх стан не покращиться.
- Відведіть людину до безпечного місця та зробіть так, щоб вона не бачила, що відбувається в осередку НС, і щоб до неї за можливості не доходили звуки та запахи.
- Захистіть постраждалого від натовпу і ЗМІ.
- Забезпечте їжею та водою.
- Якщо вам треба відійти, подбайте про те, щоб хтось залишився з постраждалою людиною.

Слухай

- *Встановіть контакт.* Назвіться і скажіть, що ви тут, щоб допомогти.
 - *Запитайте, чим допомогти.* Завжди запитуйте постраждалого, що йому потрібно та які в нього проблеми. Скажіть, що йому вже нічого не загрожує.
 - *Вислухайте.* Сконцентруйтеся на тому, що вам говорять, і будьте активним слухачем.
 - Якщо постраждалий не хоче говорити, просто залишайтеся поруч.
- Для того, щоб постраждалий/а відновив/ла контакт із навколишнім середовищем і самоконтроль:*
- попросіть його/її впертися ногами в підлогу;
 - попросіть його/її вдарити легко по своїх колінах пальцями або кистями;
 - зверніть його/її увагу на нейтральні предмети навколо, які людина може

побачити, почути або до яких може доторкнутися; попросіть його/її розповісти, що він/вона бачить і чує;

- попросіть його/її зосередитися на своєму диханні та дихати повільно.

Спрямовуй

➤ *Нагальні потреби.* Допоможіть задовольнити базові потреби: притулок, їжа, вода, медична допомога.

➤ *Надайте ясну та достовірну інформацію про подію,* про те, де та як отримати конкретну допомогу.

➤ *Підтримка соціальних зв'язків.* Допомогти щоб сім'я трималася разом, а діти не розтавалися з мамою татом. Надайте можливість зв'язатися з родичами.

➤ *Зворотній зв'язок.* Обміняйтесь контактними даними. Домовтеся, як будете підтримувати зв'язок.

Коли повідомляєте постраждалим відомості:

- Говоріть тільки те, що знаєте, і не давайте помилкових запевнень.
- Використовуйте прості та точні формулювання та повторіть інформацію, щоб переконатися, що люди чули та зрозуміли її.
- Намагайтеся повідомляти відомості групам постраждалих таким чином, щоб озвучена інформація була однаковою для всіх.
- Повідомте людям, що будете тримати їх у курсі всіх новин, і поясніть, де та коли буде надано свіжу інформацію.
- Надаючи інформацію, пам'ятайте про те, що якщо ви не зможете забезпечити очікувану допомогу, то постраждалі можуть звернути на вас свій гнів і розчарування. У таких ситуаціях намагайтеся зберігати спокій і виказувати розуміння.

4. Основні правила ППД [59]

1. У кризовій ситуації потерпілий завжди перебуває в стані психічного збудження. Оптимальним вважається середній рівень збудження. Важливо розставити пріоритети, проінформувати постраждалого скільки часу знадобиться для вирішення проблеми та які результати очікуються в кінці.

2. Важливо не приймати заходів відразу. Необхідно оцінити обстановку, в якій знаходяться люди, визначити, яка допомога (крім психологічної) потрібна, хто з постраждалих її найбільше потребує.

3. Уточніть, хто ви і чим займаєтесь. Дізнайтеся імена тих, хто потребує допомоги. Скажіть потерпілим, що допомога прийде незабаром, що ви подбали про це.

4. Встановлення контакту, особливо тілесного потребує правил та поступовості. Необхідно зайняти позицію на одному рівні з постраждалим, торкатись можна тільки рук та не повертатись спиною до потерпілого.

5. Ніколи не звинувачуйте жертву в ситуації, яка з нею сталась. Розкажіть, які кроки потрібно зробити, щоб допомогти в справі.

6. Професійна компетентність заспокоює. Розкажіть про свою кваліфікацію та досвід (якщо такий наявний).

7. Важливою умовою є завірити потерпілого у власній компетентності. Роздайте рекомендації та завдання, з яким він впорається. Використовуйте це, щоб переконати його у власних здібностях, та відчути самоконтроль.

8. Дайте потерпілому говорити. Активно слухайте його, будьте уважні до його почуттів і думок. Вкажіть позитивні аспекти ситуації.

9. Для постраждалих в надзвичайних ситуаціях важливо не залишатись на самоті. Тому необхідно завірити людей, що вони зможуть отримувати психологічну допомогу 24/7.

10. Гарною ідеєю вважається залучення до надання допомоги людей з найближчого оточення потерпілого. Інструкуйте їх і давайте прості завдання.

Уникайте будь-яких слів, які можуть викликати у когось відчуття провини.

11. Стрес також може негативно вплинути і на людину, яка надає психологічну допомогу. Зняти напругу, що виникає під час такої роботи, має сенс за допомогою вправ на розслаблення та професійного нагляду. Наглядові групи має очолювати професійно підготовлений модератор.

4. Допомога у відновленні почутті неперервності (за матеріалами Ізраїльської коаліції травми) [14]:

1) відновлення когнітивної неперервності – відновити почуття контролю над станом речей за допомогою інформації:

- надати достовірну інформацію,
- дати стимул до самостійного пошуку інформації;
- робити акцент на фактах.

2) відновлення функціональної неперервності – заохочувати можливість відновити звичну діяльність:

- протидіяти почуттю безпорадності;
- повернути людину до її колишньої ролі, якщо це неможливо, то допомогти вибрати роль, відповідну її здібностям та дійсним можливостям.

3) відновлення соціальної неперервності – відновити соціальні та обцинні структури підтримки; по можливості повернути почуття соціальної безпеки та відновити почуття приналежності до значущої групи (сім'я, громада тощо):

- спонукати людину до розмови з іншими людьми про пережите;
- стимулювати контакти з близькими та друзями, членами сім'ї, які можуть надати підтримку.

4) відновлення емоційної неперервності – нормалізація за допомогою спеціальних технік:

- дихальні вправи;
- переключення уваги на інші предмети;
- тепло;
- техніки заземлення тощо
- пояснити постраждалій людині, що все, що все, що з нею відбувається – нормальні реакції на ненормальну ситуацію.

Нами також були розроблені рекомендації для людей, які переживають тривогу та агресію через війну в Україні, виходячи з результатів нашого емпіричного дослідження [62].

Просто рекомендації для самопомоги

Дбайте про своє тіло:

- Більше рухайтесь
- По можливості приймайте водні процедури (душ, ванна, баня, сауна тощо)
- Відвідуйте масаж або робіть собі самомасаж
- Дотримуйтесь правильного і регулярного харчування
- Вживайте вітаміни
- Дбайте про нормальний сон
- Уникайте продуктів-стимуляторів (кава, алкоголь, чорний чай тощо)
- Не соромтесь вживати заспокійливі засоби, якщо відчуваєте потребу
- Навчитися розслаблятися: використовуйте спеціальні релаксаційні вправи.
- Відпочивайте: робіть вихідні, хвилинки відпочинку тощо

Покращуйте стосунки з собою:

- Приділяйте час своєму саморозвитку, навчанню, хоббі тощо
- Змінюйте по можливості життєві пріоритети
- Досліджуйте причини своїх емоцій
- Визнавайте власні обмеження (сил, часу, здоров'я, грошей тощо)
- Прислухайтесь до голосу інтуїції
- Проговорюйте або прописуйте свої переживання, відреагуйте їх в інших безпечний для вас та оточуючих спосіб
- Мінімізуйте усі фактори, що забирають енергію і максимізуйте усі, що її вам дають

Піклуйтесь про стосунки з іншими:

- Зустріньтесь з друзями, родичами
- Зателефонуйте або напишіть близьким
- Подбайте про своїх батьків, дітей, шлюбних партнерів
- Пограйтесь з дітьми
- Допомагайте іншим
- Вчіться спостерігати
- Шукайте волонтерські спільноти або організуйте власну

Розвивайте свою духовність:

- Шукайте смішне
- Розвивайте почуття вдячності
- Фокусуйтеся на життєствердному
- Вчіться приймати невизначеність
- Займайтесь творчістю
- Займайтесь духовними практиками: медитуйте, моліться

- Вивчайте Біблію та іншу духовну літературу

Запропоновані рекомендації можуть бути використані як особами, що постраждали від війни, переживають через неї тривогу, страх, злість, депресивні стани, так і фахівцями, що надають першу психологічну допомогу з метою запобігання розвитку у них емоційного вигорання.

Висновки до розділу

У другому розділі представлені результати емпіричного дослідження емоційних станів населення України під час війни. Для цього були використані: та опитувальники PCL-5, HADS, PHQ-9 та авторська анкета, спрямована як на забір загальної інформації про вибірку (вік, стать, професійна діяльність тощо) та і на визначення впливу війни на досліджених.

Анкетування показало, що на початку війни, досліджені найбільше були схильні до реакції завмирання, а також допомоги іншим. На момент дослідження опитані зазначали у себе переважно такі емоції як злість і сум. Частина досліджених вважає, що більш-менш адаптувалась до війни. Виявлено також, що саме допомога іншим і робота на перемогу України у війні з РФ є одним зі способів психологічної допомоги наших досліджених.

За методикою PCL-5, було виявлено, найбільш яскраво вираженими були негативні думки та емоції (41 % досліджених) та симптоми надмірної реактивності – (31 % досліджених); менш виражені симптоми інтрузії (у 23 % досліджених) і найменше проявлені симптоми уникнення (у 6 % досліджених).

За опитувальником PHQ-9, у третини досліджених (37 %) виявлено легку («субклінічну») депресію, майже в такої ж кількості досліджених виявлено

депресію помірної тяжкості (34 % осіб), у майже чверті досліджених не виявлено депресії (23 %) і у 6 % – депресія середньої тяжкості. В цілому, у 77 % – є депресивні прояви різного рівня.

За опитувальником HADS:

– рівень тривоги більшості опитаних знаходиться в нормі (46 %), у 37 % субклінічно виражена тривога і в 17 % клінічно виражена тривога. Середній показник тривоги по вибірці також тяжіє до субклінічного.

– рівень депресії більшості опитаних також у межах норми (68 %); 29 % – мають субклінічно виражену депресія; і 3 % – клінічно виражену депресію.

Згідно результатів теоретичного та емпіричного дослідження були розроблені рекомендації з надання першої психологічної допомоги населенню під час війни, а також рекомендації з надання психологічної самопомоги як для постраждалих, так і для осіб, які надають ППД з метою профілактики емоційного вигорання.

ВИСНОВКИ

Проведено теоретичний аналіз першої психологічної допомоги в кризових ситуаціях під час війни. Розглянуто перелік кризових ситуацій, які пов'язані не тільки війною.

Виявлено, що сама по собі війна є кризовою ситуацією, яка спричиняє гострі стресові реакції у населення. Під час війни необхідним є надання першої психологічної допомоги, яка, в першу чергу, спрямована на запобігання розвитку ПТСР, зменшити гостроту первинного посттравматичного дистресу, допомогти людям адаптуватися до нових умов. Розглянуто низку визначень ППД, її основні аспекти та особливості надання у різні часові проміжки після травматичної події.

Наведено і порівняно такі моделі ППД як RAPID PFA (Дж. С. Еверлі та Дж. М. Летінг) і МААСЕ (М. Фархі). Подано рекомендації ізраїльських фахівців щодо особливостей надання ППД у гострий період.

Було проведено емпіричне дослідження, яке ґрунтувалося на досвіді американських професорів Р. Брауна і П. Гербарг і використали такі методики як PCL-5, HADS, PHQ-9, а також авторська анкета.

Аналіз отриманих даних показав, що на момент початку війни у досліджених проявились всі три первинні реакції на стрес «бій», «біжи», «завмири» та «допомога ближньому», з перевагою двох останніх. На момент дослідження в опитаних переважали злість, тривога, депресивні стани різного рівня прояву, негативні думки та емоції.

За опитувальником «Оцінювання ПТСР (PCL-5)» виявлено переважання симптомів групи D – негативні думки та емоції.

За опитувальником PHQ-9 виявлені депресивні прояви у переважній більшості досліджених.

За HADS (Госпітальна шкала тривоги та депресії) виявлений дещо

підвищений рівень тривоги і нормальний – депресії.

Відповідно до результатів теоретичного та емпіричного дослідження розроблено рекомендації з надання першої психологічної допомоги в кризових ситуаціях під час війни.

Перспективи подальших досліджень убачаються у розширенні вибірки та дослідницького інструментарію, порівнянні показників осіб, які були змушені виїхати за кордон, поміняти місце проживання у межах України, знаходились в окупації і під постійними обстрілами; визначення гендерних особливостей реагування на війну в Україні, та розробці психологічних рекомендацій з реадаптації до нових умов життя.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Галдецька І. Д., Золотарьова О. А., Крупська О. О., Олексюк Т. В., Романенко Ю. П., Сергієнко А. В., Сергієнко Т. А., Трінька І. С., Шведін Р.М. Особиста безпека людини: вплив катастроф і воєн на психічне здоров'я особистості та суспільства // Проблеми військової охорони здоров'я. Збірник наукових праць Української військово-медичної академії. Київ. 2013. № 40. С. 342–349.
2. Демчук О.В., Золотарьова О.А., Ковалик О.О. та інші. Вплив катастроф і війн на психічне здоров'я особистості та суспільства. Повідомлення п'яте: перетворення індивідуальної оперативно-бойової психічної травми на колективну соціально-психологічну, соціально-культурну. *Mental Health: Global Challenges of XXI Century*, 2019. URL: <https://www.mhgc21.org/en/mhgc21/events/2019may/vplyv-katastrof-i-viin-na-psykhichne-zdorovya-osobystosti-ta-suspilstva-povidomlennya-pyate-peretvorennya-individualnoyi-operatyvno-boiovoyi-psykhichnoyi-travmy-na-kolektyvnu-sotsialno-psykholohichnu-sotsialno-kulturnu> (дата звернення: 30.07.2022)
3. Нечаєва-Юрійчук Н. В. Соціально-психологічні зміни у масовій свідомості британців під впливом Першої світової війни. URL: <http://politics.ellib.org.ua/pages-4719.html> (дата звернення: 30.07.2022).
4. Вплив війни на психічне здоров'я – колосальний, – Віктор Ляшко. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/vplyv-vijni-na-psiichne-zdorovya-kolosalnij-viktor-lyashko> (дата звернення: 30.07.2022)
5. Керівництво з надання першої психологічної допомоги для товариств червоного хреста і червоного півмісяця. Психосоціальний центр Міжнародна федерація Червоного Хреста та Червоного Півмісяця.

- Довідковий Центр Психосоціальної Підтримки Міжнародної Федерації Червоного Хреста та Червоного Півмісяця, 2018. 104 с.
6. Перша психологічна допомога : посібник для працівників на місцях. Київ : Унів. Вид-во ПУЛЬСАРИ, 2017. 64 с.
 7. Перша психологічна допомога : посібник для членів загону швидкого реагування Товариства Червоного Хреста України. Київ, 2017. 42 с.
 8. Каплуненко Я. Ю. Перша психологічна допомога: досвід міжнародних організацій. URL: /<http://ppsi.ukma.edu.ua/article/view/227243>(дата звернення: 30.07.2022)
 9. Уварова С. Г. Концептуальна модель психологічної допомоги особистості в умовах суспільної кризи. Психологія і особистість. 2019. № 1 (15). С. 225–243., с. 236
 10. 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: 21.11.2022)
 11. Арістов М. А., Шиліна А. А. Особливості надання першої психологічної допомоги в умовах воєнного часу. Особистість, суспільство, війна : тези доп. учасників міжнар. психол. форуму. м. Харків, 15 квіт. 2022 р. МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ, Нац. поліція України та ін. Харків : ХНУВС, 2022.
 12. Олійник Ю. О., Романів А. С., Параняк Н. М. Домедична психологічна допомога в умовах війни. Габітус. Випуск 37. 2022. С. 174–179 URL: <http://habitus.od.ua/journals/2022/37-2022/32.pdf> (дата звернення: 10.11.2022)
 13. Довгань Н. О. Перша психологічна допомога: основні дії. Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи : матеріали VI Міжнар. конф. «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи» (24-25 вересня 2021 р.)

14. Матеріали онлайн курсу «Psychological first aid, self-care and mitigation of burn-out and compassion fatigue for care-providers». Ведучий – Марк Шерман. ©Israel Trauma Coalition, квітень, 2022. 62 с
15. Подкоритова Л., Леня К. Особливості першої психологічної допомоги під час війни: аналіз теоретичних підходів. *Psychology Travelogs* : науковий журнал, № 2 (4), 2022.
16. Психологія травмуючих ситуацій: лекційний курс та інструктивно-методичні матеріали: навчально-методичний посібник для здобувачів другого (магістерського) рівня спеціальності 053 «Психологія» / укладачі: О. А. Резнікова. Слов'янськ : ДВНЗ ДДПУ, 2016. 135 с.
17. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. Київ : ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.
18. Євсюков О.П., Куфлієвський А.С., Лебедєв Д.В., Миронець С.М., Назаров О.О., Перелигіна Л.А., Садковий В.П., Склень О.І., Тімченко О.В., Христенко В.Є., Шевченко І.О. Е 41 Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О.В.Тімченка. Харків : УЦЗУ, 2007. 502 с.
19. Скрипкін О. Г. Аспекти протікання масових психологічних реакцій в українському суспільстві в умовах війни. *Сучасні дослідження у світовій науці» (10-12 липня 2022 р.): 4-а Міжнародна науково-практична конференція, Львів, Україна. 2022 рік. С. 708-713*
20. Ягупов В. Військова психологія : підручник. Київ : Тандем, 2004. 656с.
21. Наука про цивільний захист як шлях становлення молодих вчених / *Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції курсантів, студентів, ад'юнктів (аспірантів)*. Черкаси : Черкаський інститут пожежної безпеки імені Героїв Чорнобиля НУЦЗ України, 2022. 290 с.
22. Титаренко Т. М. Кризове психологічне консультування. Київ : Главник, 2004. 96 с.

23. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я / М. С. Корольчук [и др.] ; Київський національний ун-т ім. Тараса Шевченка, Київський міжнародний ун-т, Київський військовий гуманітарний ін-т Національної академії оборони України. Київ : Фірма «ІНКОС», 2002. 271 с.
24. Ващенко І. В., Антонова О. Г. Конфлікт. Посттравматичний стрес: шляхи їх подолання : навч. посіб. Київ : Знання, 1998. 289 с.
25. Безшейко В. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8> (дата звернення: 03.11.2022).
26. Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) URL: <http://traumadissociation.com/pcl5-ptsd> (дата звернення 09.11.2022).
27. Шкала депресії PHQ. URL: <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2712-shkala-depres-PHQ> (дата звернення: 09.11.2022). PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9). URL: <https://www.mdcalc.com/calc/1725/phq9-patient-health-questionnaire9> (дата звернення: 09.11.2022)
28. PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9). URL: <https://www.mdcalc.com/calc/1725/phq9-patient-health-questionnaire9> (дата звернення: 09.11.2022).
29. Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). URL: <https://www.vz.kiev.ua> (дата звернення: 09.11.2022)
30. Леня К., Подкоритова Л. Методики дослідження емоційних станів дорослого населення під час війни. *Формування особистості сучасного фахівця як суб'єкта самотворення в умовах освітнього простору* : матеріали XII Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції, 2022. С. 161–163.

- 31.Методичні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту. URL: <https://dszn-zoda.gov.ua/node/495>
- 32.Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.
- 33.Психологія переживання війни: досвід України. URL: <http://knukim.edu.ua/psychologiya-perezhyvannya-vijny-dosvid-ukrayiny-2/> (дата звернення: 21.11.2022)
- 34.Соболев Е. «Мені соромно бути у безпеці»: як не дати противнику зламати вас психологічно. URL: <https://highload.today/uk/blogs/psihologiya-voennogo-chasu/> (дата звернення: 30.10.2022)
- 35.Саннікова О. П. Переживання кризи: диференціально-психологічний аналіз. *Наука і освіта*. Психологія. Одеса, 2015. № 10. С. 16–22.
- 36.Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
- 37.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: 15.11.2022).
- 38.Саннікова О. П., Кузнецова О. В. Адаптивність особистості. Одеса : Видавництво Н.П. Черкасов, 2009. 258с.
- 39.Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи – Л. М. Вольнова. Київ , 2012. 275 с.
- 40.Титаренко Т. М. Психологія особистості : словник-довідник / за ред. П.П. Горностаєва. Київ : Рута, 2001. 320 с

41. Заграй Л. Д. Концептуалізація «Я» і психологічна травма. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки. 2015. Вип. 128. С. 108–111.
42. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України*. Серія: Педагогічні та психологічні науки. 2015. № 1(74). С. 378–390.
43. Павлюк М. М., Шепельова М. В. Сучасні психологічні технології надання психологічної допомоги сім'ям постраждалих у подоланні складних життєвих обставин : практичний посібник. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2020. 124 с.
44. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : ТОВ «Видавництво «Логос». 207 с.
45. Красило Л. Соціально-гуманістичний аналіз психологічної травми. *Культурно-історична психологія*, 2009. 83с.
46. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів: Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с
47. Євдокимова Н.О., Гаврилець Н.О. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Особистість у кризових ситуаціях: огляд сучасних психодіагностичних методик. Київ : Педагогічна думка, 2016. 229 с.
48. Гаврилець І. Г. Психофізіологія людини в екстремальних ситуаціях: навчальний посібник. Київ : ЗАТ «ВШОЛ». 2006.
49. Васійчук В. О., Гончарук В. Є., Качан С. І. Основи цивільного захисту : навч. посіб. Львів: Видавництво Національного університету «Львівська політехніка», 2010. 417 с.

50. Перша психологічна допомога. Керівництво щодо роботи. Львів : Видавництво «Друкарські куншти». 2015. 184 с.
51. Первинна психологічна допомога під час війни: правила й принципи. URL: <https://www.pedrada.com.ua/article/3039-pervinna-psihologchna-dopomoga-pd-chas-vyni-pravila-y-printsipi>. (дата звернення: 30.10.2022)
52. Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. – Київ : Ника-центр, 2006. 580 с.
53. Луппо С.Є. Психологія екстремальних та кризових ситуацій : навч. посібник. Київ : НАУ, 2011.
54. Кризова психологія: навч. посібник / За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. Харків : НУЦЗУ, 2010. 401 с
55. Основи психологічного забезпечення діяльності МНС: Підручник / За заг.ред. В.П. Садкового. Харків : УЦЗУ, 2009. 244 с
56. Титаренко Т.М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. Київ : Либідь, 2003. 376 с.
57. Мультидисциплінарні підходи до аналізу суспільно-політичних проблем в умовах російсько-української гібридної війни: матеріали міжнародного круглого столу: 28 квітня 2022 р. Львів : Видавництво Львівської політехніки, 2022. 100 с. URL.: <https://science.lpnu.ua/ntsa-2022> вільний .(дата звернення: 30.10.2022).
58. Наука про цивільний захист як шлях становлення молодих вчених. *Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції курсантів і студентів*. Черкаси : Черкаський інститут пожежної безпеки імені Героїв Чорнобиля НУЦЗ України, 2021. 356 с

- 59.Цуркан-Сайфуліна Ю. Особливості надання первинної психологічної допомоги під час війни. Humanitarian studios: pedagogics, psychology, philosophy. Vol 13(1). 2022. С. 96–108.
- 60.Мілорадова Н.Е. Особливості надання першої психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок війни. *Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання персоналу системи МВС України*. С. 108-109.
- 61..Бережанський А. Практика емоційної самопомоги під час війни. 2022. 88 с.
- 62.Подкоритова Л. Психологічна корекція тривожності. URL: <https://cutt.ly/S0nGZp3> (дата звернення: 01.11.2022).

Додаток А

Анкета дослідження емоційних станів населення під час війни.

1. Ваш вік _____

2. Ваша стать:

- Жіноча
- Чоловіча

3. Ваша освіта:

- Магістр-спеціаліст
- Бакалавр
- Середня спеціальна (коледж, училище)
- Науковий ступінь
- Середня
- Вища (незакінчена)
- Плюс маю науковий ступінь
- Виза (медична)
- немає

4. Сфера Вашої діяльності _____

5. Місце Вашого нинішнього проживання

- Україні
- інша країна

6. Чи були ви змушені змінити місце проживання у зв'язку з війною в Україні?

- ні
- спочатку виїхав/ла, а потім повернувся/лась
- так, довелось переїхати в інше місто
- так, довелось переїхати в іншу країну

Продовження додатку А

7. Чи відчуваєте Ви на собі вплив війни в Україні?

- так, і дуже
- так, але не катастрофічно
- не дуже
- не відчуваю

8. Яких втрат Ви зазнали через війну в Україні? оберіть кілька відповідей, якщо хочете)

- немає втрат
- психологічні зміни(втрата спокою, впевненості у собі тощо)
- матеріальні втрати (житло, майно тощо)
- втрата звичного способу життя
- втрата близьких людей
- втрата роботи
- втрата себе, яким/ою був/була раніше
- Чоловік втратив роботу, збільшення навантаження

9. Якою була Ваша реакція, коли Ви дізнались, що в Україні почалась війна?
(оберіть кілька відповідей, якщо хочет

● Я ніби завмер/завмерла на якийсь час, не знав/ла що робити, куди йти тощо

- Хотілося схопити зброю і бігти стріляти ворогів
- Хотіла/хотів схопити своїх рідних і втекти чим подалі від цього

жахіття

- Почав/почала прибирати в оселі
- Одразу пішов/пішла шукати, де потрібна моя допомога
- Плакав/плакала
- Почала/Почав телефонувати своїм, і питати, хто як

Продовження додатку А

- Почала збирати речі, документи, бо дуже було страшно від невідомості, що завтра буде
- Обдзвонивши всіх рідних, поїхала на роботу
- Приїхала на роботу і почала допомагати організовувати роботу і заспокоювати людей, які були налякані більше ніж я
- Не вірила/в

10. Як ви реагуєте на війну в Україні зараз? (можна відмітити кілька варіантів)

- вже звик/ла
- ну є, і є
- сумно
- злюсь
- інший варіант _____

11. Як Ви допомагаєте собі впоратися із переживаннями, викликаними війною? (можна відмітити кілька варіантів)

- А я і не переживаю
- Роблю, те що можу робити для Перемоги
- Живу своїм звичним життям
- Виконую спеціальні вправи (самонавіювання, медитації, дихальні вправи тощо)
- Нічого не роблю

Додаток Б

Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5)

Інструкція: Нижче наведено список проблем, які іноді виникають у людей у відповідь на дуже стресовий досвід. Будь ласка, уважно прочитайте кожен проблему, а потім обведіть одну з цифр праворуч, щоб вказати, наскільки ця проблема вас турбувала протягом останнього місяця.

За останній місяць, наскільки Вас турбували такі речі:

| Прояви | Ні скі ль ки | Тр ох и | По мі рн о | До си ть си ль но | На дзв ич ай- но си ль но |
|---|-----------------------|---------------|---------------------|----------------------------------|--|
| 1. Спогади про стресову подію, що повторюються, тривожать, є небажаними? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Сни про стресову подію, які тривожать, є небажаними? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Раптом Ви почувалися або діяли так, ніби стресова подія відбувається з Вами знову (ніби Ви «знову там» і переживаєте все наяву)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Ви дуже засмутилися, коли щось нагадало Вам про стресову подію? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Ви мали сильно виражену фізичну реакцію, коли щось нагадало Вам про стресову подію (напр., сильне серцебиття, було важко дихати, Ви спітніли)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Ви уникали спогадів, думок чи почуттів, пов'язаних із стресовою подією? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Ви уникали зовнішніх нагадувань про стресову подію (напр., людей, місць, розмов, дій, предметів, ситуацій)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Вам було важко пригадати важливі епізоди стресової події? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Додаток В

PHQ-9 – Анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я

Інструкція : Прочитайте твердження нижче і оцініть, як часто протягом останніх двох тижнів Вас турбували будь-які з перерахованих проблем?

| № | Запитання | Варіанти | | | |
|---|--|----------|-----------|----------------------|-------------|
| | | Ніколи | Деякі дні | Більшу половину часу | Майже щодня |
| 1 | Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Почуття втоми або знесилення (занепад сил) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Поганий апетит чи навпаки – переїдання | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач) | 0 | 1 | 2 | 3 |

Продовження додатку Б

| | | | | | |
|---|---|---|------------------------|---|---|
| 8 | Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином | 0 | 1 | 2 | 3 |
| У випадку наявності у Вас наведених вище проблем – наскільки вони ускладнили виконання Вами службових обов’язків, домашніх справ або ж спілкування з іншими людьми? | | | Зовсім не ускладнили | | |
| | | | Дещо ускладнили | | |
| | | | Дуже ускладнили | | |
| | | | Надзвичайно ускладнили | | |

ОПРАЦЮВАННЯ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Підраховується загальна сума балів. Рівні тяжкості депресії:

- 0–4 – депресії нема;
- 5–9 – легка («субклінічна») депресія;
- 10–14 – депресія помірної тяжкості;
- 15–19 – депресія середньої тяжкості;
- 20–27 – тяжка депресія.

Зауважимо, що бал ≥ 10 є інформативним у значенні великого депресивного розладу з чутливістю та специфічністю 83 %.

Продовження додатку В

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 9. Ви різко негативно ставилися до себе, інших людей або світу в цілому (напр., Ви мали такі думки: я поганий, зі мною щось серйозно не так, нікому не можна вірити, усюди небезпека)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Ви звинувачували себе чи когось іншого за стресову подію або того, що сталося після неї? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Мали різко негативні почуття – страх, жах, гнів, почуття провини, сорому (по відношенню до себе чи інших)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Втратили інтерес до тих занять, які раніше приносили Вам задоволення? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Відчували відчуженість, стіну між собою та іншими людьми? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Вам було важко отримувати позитивні емоції (напр., радіти за своїх близьких, відчувати до них любов)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Роздратована поведінка, вибухи гніву, агресивні дії (у Вас самих)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Часто йшли на ризик, робили речі, які могли заподіяти Вам шкоди? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Перебували у стані «надмірної настороженості», пильності, напруженого очікування? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Нервово реагували, легко лякалися? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Вам було важко зосередитися? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Було важко заснути або залишатися у стані сну? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

PCL-5 – метод самооцінювання. Заповнення опитувальника триває 5-10 хв.

Інтерпретація

PCL-5 є справою лікаря або клінічного психолога.

Підрахунок результатів PCL-5 можна здійснити різними способами.

Підрахунок загальної важкості симптомів (від 0 до 80) можна зробити, склавши результати за всіма 20 пунктами.

Підрахунки важкості груп симптомів за DSM-5 можна одержати, склавши результати для окремої групи, тобто групи В (рядки 1-5), групи С (рядки 6-7), групи D (рядки 8-14) та групи Е (рядки 15-20).

Попередній діагноз ПТСР можна зробити, якщо вважати, що оцінка 2 («Помірно»), або вища, є підтвердженням симптому.

Далі визначаємо, дотримуючись правил діагностики за DSM-5.

Потрібно як мінімум:

- один рядок із групи В (питання 1-5);
- один – із групи С (6-7);
- два рядки з групи D (8-14);
- два з групи Е (15-20).

Попередньої роботи з підтвердження достовірності інформації достатньо для початкових пропозицій щодо визначення значення, після чого починається клінічне відхилення від норми, але ця інформація може змінитися.

Загалом 38 балів, щоб встановити діагноз ПТСР за PCL-5 є слухним як пропозиція для отримання подальших результатів психометрії.

Додаток Г

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Інструкція: Ця анкета розроблена для того, щоб допомогти зрозуміти, як Ви себе почуваєте. Прочитайте уважно кожне твердження і виберіть ту відповідь, яка найбільше відповідає тому, як Ви почували себе на минулому тижні. Відмітьте кружечок, що знаходиться перед відповіддю, що ви вибрали. Не думайте надто довго щодо кожного твердження, оскільки Ваша перша реакція буде завжди найвірнішою.

Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі

3 Увесь час

2 Часто

1 Час від часу, іноді

0 Зовсім не відчуваю

Д Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене таке ж відчуття

0 Це так

1 Напевно, це так

2 В дуже малій мірі це так

3 Це зовсім не так

Т Я відчуваю страх, здається, що ось-ось щось жахливе може статись

3 Це так, та страх дуже сильний

2 Да, це так, але страх не дуже сильний

1 Іноді, але це мене не турбує

0 Зовсім не відчуваю

Продовження додатку Г

Д Я здатний розсміятися та углядіти у тій чи іншій події смішне

- 0 О Це так
- 1 О Напевно, це так
- 2 О В дуже малій мірі це так
- 3 О Це зовсім не так

Т Метушливі думки крутяться у мене в голові

- 3 О Постійно
- 2 О Більшу частину часу
- 1 О Час від часу і це не так часто
- 0 О Тільки іноді

Д Я відчуваю бадьорість

- 3 О Зовсім не відчуваю
- 2 О Дуже рідко
- 1 О Іноді
- 0 О Практично весь час

Т Я можу легко сісти та розслабитись

- 0 О Це так
- 1 О Напевно, це так
- 2 О Зрідка це так
- 3 О Зовсім не можу

Д Мені здається, що я став робити все дуже повільно

- 3 О Практично весь час
- 2 О Часто
- 1 О Іноді
- 0 О Зовсім ні

Продовження додатку Г

Т Я відчуваю внутрішню напругу чи тремтіння

0 О Зовсім не відчуваю

1 О Іноді

2 О Часто

3 О Дуже часто

Д Я не слідкую за своєю зовнішністю

3 О Це так

2 О Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно

1 О Мені здається, я став менше приділяти цьому уваги

0 О Я слідкую за собою так, як і раніше

Т Я відчуваю непосидючість, мені постійно треба рухатись

3 О Це так

2 О Напевно, це так

1 О В деякій мірі це так

0 О Зовсім не відчуваю

Д Я вважаю, що мої справи (заняття, хобі) можуть принести мені відчуття задоволення

0 О Точно так, як і звичайно

1 О Так, але не в тій мірі, як раніше

2 О Значно менше, ніж звичайно

3 О Зовсім так не вважаю

Т У мене буває раптове відчуття паніки

3 О Дуже часто

2 О Досить часто

1 О Не так і часто

0 О Зовсім не буває

Продовження додатку Г

Д Я можу отримати задоволення від цікавої книги, радіо- чи телепрограми

0 О Часто

1 О Іноді

2 О Зрідка

3 О Дуже рідко

Бали підраховуються окремо по шкалі тривоги (Т) і депресії (Д).

Критеріями оцінки даних за HADS є:

0-7 балів – норма;

8-10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія;

11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.