



ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS

ПСИХОЛОГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ У СИТУАЦІЯХ КАТАСТРОФИ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

valorizar.me



Показчик

СЛОВНИК СКОРОЧЕНЬ	5
МОДУЛЬ 1 – ВСТУП ДО КУРСУ	7
МОДУЛЬ 2 – КРИЗОВЕ ПСИХОЛОГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ	9
Діагностичні критерії DSM-V для ПТСР:	13
До інциденту:	18
Після інциденту	18
Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) Протективні фактори	19
Рекомендації щодо раннього психологічного втручання:	19
Визначення стійкості:	20
Інші заходи реагування на катастрофу:	21
Особистісне подолання травмуючих ситуацій може призвести до кількох типів змін особистості:	21
Зміни в міжособистісних стосунках	22
Зміни в духовності та філософії життя	22
Детермінанти, які дозволяють визначити посттравматичне зростання (ПТЗ), за Фонсека, 2011:	22
МОДУЛЬ 3 – ПСИХОСОЦІАЛЬНЕ ВТРУЧАННЯ ПРИ МАСШТАБНИХ ПОДІЯХ ТА КАТАСТРОФІ	24
Системи, які будуть присутні в сценарії катастрофи.	24
Психологічна підтримка – пріоритети дій:	24
Фази катастрофи після удару:	24
Модель втручання та міжкультурна оцінка	29
Модель розуміння психологічного процесу, що призводить до тероризму	30
МОДУЛЬ 4 – МОДЕЛІ ВТРУЧАННЯ ПРИ КАТАСТРОФІ	36
Підготовка до застосування першої психологічної допомоги:	37
1. Контакт і встановлення стосунків	38
Встановлюйте контакт з постраждалими у емпатійний та ненав'язливий спосіб:	38
2. Безпека та комфорт	38



Комфорт і безпека можна підвищити для постраждалих такими способами:	38
3. Стабілізація	38
Слідкуйте за такими ознаками, які вказують на те, що людині може знадобитися стабілізація:	39
Загалом, виконайте такі дії для стабілізації:	39
Якщо ви зберігаєте надзвичайне емоційне збудження, тупість, дисоціацію або паніку, використовуйте:	39
МОДУЛЬ 5 – ВТРУЧАННЯ В КОНКРЕТНІ СИТУАЦІЇ	41
Нормальні реакції в процесі горя	41
Емоції:	41
Фізичні відчуття:	41
Когніції:	42
Поведінка:	42
Етапи проживання горя	42
Завдання у проживанні горя	43
Прийміть реальність втрати	43
Працюйте через біль втрати	44
Пристосування до середовища, де померлий відсутній	44
Зміна емоційної диспозиції людини, яка померла, і продовження життя	45
Критерії, запропоновані в DSM-V щодо ускладненого горя	46
Сприйняття смерті у дітей протягом їхнього розвитку	47
У віці від п'яти до дев'яти років	47
Від дев'яти до дванадцяти років	48
Показання до повідомлення про смерть	49
Доречні вирази для використання	50
У тому випадку, якщо член сім'ї просить показати тіло	50
Часті реакції	50
Показання для відновлення контролю з боку дитини	50



Фізичне середовище	51
Батьки / Відповідальний дорослий	51
Довіряйте професіоналам	51
Контроль за процесом	52
Самоконтроль	53
Наслідки постійного впливу на рятувальників важких сценаріїв	53
Вигорання (Маслач і Джексон, 1986)	54
Втома від співчуття (Фіглі, 2003)	54
Задоволення співчуття (Phelps et al. 2009)	54
Опосередкована травматизація (McCann & Pearlman, 1990)	54
Етапи втручання з фахівцями екстреної допомоги	55
Під час кризової ситуації	55
Після кризової ситуації	56
МОДУЛЬ 6 – САМОДОПОМОГА І ОБМЕЖЕННЯ ІНТЕРВЕНТА	57
До інтервенції	57
Під час інтервенції	57
ПЕРША ДОПОМОГА ДЛЯ ПІДТРИМКИ КОЛЕГ	61
БІБЛІОГРАФІЯ КУРСУ	62



СЛОВНИК СКОРОЧЕНЬ

Акронім	ЗНАЧЕННЯ
ANEPC	Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil Національне управління з надзвичайних ситуацій та цивільного захисту
ГСП-д	Гострий стресовий розлад
ГСП-я	Гостра стресова реакція
CAPIC	Centro de Apoio Psicológico e de Intervenção em Crise Центр психологічної підтримки та кризового втручання
ПД	Пожежне депо
CCON	Centro de Coordenação Operacional Nacional Національний оперативно-координаційний центр
МР	Міські ради
CNOS	Comando Nacional de Operações de Socorro Національне командування з надання допомоги
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes Центр невідкладної допомоги пацієнтам
COS	Comandante de Operações de Socorro Командир операцій з надання допомоги
ПТЗ	Посттравматичне зростання
CREDI	Centre for Research on the Epidemiology of Disasters Центр досліджень епідеміології катастроф
ПЧХ	Португальський Червоний Хрест
DGS	Direção Geral de Saúde Головне управління охорони здоров'я
DSM-V	Діагностичний та статистичний посібник із психічних розладів (5-е оновлення)
EFPA	Європейська федерація психологічних асоціацій
ЗС	Збройні сили
GNR	Guarda Nacional Republicana Республіканська національна гвардія
IASC	Inter-Agency Standing Committee Міжвідомчий постійний комітет
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica Національний інститут невідкладної медичної допомоги
ISS	Instituto de Segurança Social



	Інститут соціального забезпечення
NATO	North Atlantic Treaty Organization Північно-атлантичний альянс
NCTSN	National Child Traumatic Stress Network Національна мережа дитячого травматичного стресу
NCPTSD	National Center for PTSD Національний центр ПТСР
ТМ	Тимчасові морги
NHS	National Health Service UK Національна служба здоров'я Великобританії
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГО	Громадська організація
PNEPC	Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil Національний план з питань надзвичайних ситуацій цивільного захисту
ГСП-д	Гострий стресовий розлад
PSS	Перша допомога при стресі
ППД	Перша психологічна допомога
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
ГСП-я	Гостра стресова реакція
SIEM	Sistema Integrado de Emergência Médica Інтегрована система екстреної медичної допомоги
SIOPS	Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro Інтегрована система охорони та надання допомоги
TENTS	The European Network for Traumatic Stress Європейська мережа травматичного стресу
ТБД	Театр бойових дій
ЗП	Зона підтримки
ТЗПН	Точка збору та підтримки населення
ТЗЗ	Точка збору загиблих



МОДУЛЬ 1 – ВСТУП ДО КУРСУ

Асоціація португальських психологів (OPP), у межах своєї соціальної відповідальності, має намір надати органам цивільного захисту 1000 психологів, які пройшли підготовку з втручання у ситуаціях катастроф. Після цього проекту було підписано протокол між OPP та Національним управлінням з надзвичайних ситуацій та цивільного захисту (ANEPC), який має на меті зробити OPP агентом цивільного захисту.

Цей протокол є ще одним важливим кроком у визнанні та утвердженні психології у сфері надзвичайних ситуацій та катастроф у Португалії.

Нагадуємо, що місія ANEPC полягає в плануванні, координації та реалізації політики цивільного захисту, а саме у запобіганні та реагуванні на серйозні аварії та катастрофи, у захисті та допомозі населенню та у нагляді за діяльністю пожежників, а також у забезпеченні планування та координації національних потреб у сфері планування на випадок надзвичайних ситуацій цивільного характеру, таких як ситуації кризи чи війни.

Але яке значення психологічного втручання в ситуаціях катастрофи?

Катастрофи, терористичні акти чи інші значні і потенційно травматичні інциденти, спочатку можуть спровокувати аверсивні реакції у людей. Але ці реакції, здебільшого, є минущими і зі спонтанним одужанням. Проте є чимало людей, у яких через травматичні ситуації розвивається психопатологія.

За даними Polk and Mitchell (2008), у масштабних катастрофічних подіях **на кожну жертву з фізичними травмами припадає від 4 до 10 жертв, які потребують психологічного втручання.** Ця цифра дає уявлення про масштаби проблеми та потреби психологічної підтримки в ситуаціях катастрофи.

Раннє психологічне втручання, а саме застосування першої психологічної допомоги, є надзвичайно важливим для початкової стабілізації та попередження розвитку психопатології. Перша психологічна допомога рекомендована кількома міжнародними органами, такими як IASC (Міжвідомчий постійний комітет), NCTSN (Національна мережа дитячого травматичного стресу) або ВООЗ (Всесвітня організація охорони здоров'я).

Перша психологічна допомога є альтернативою дебрифінгу. У 2010 році ВООЗ, розробляючи рекомендації mhGAP, оцінила докази ефективності надання першої психологічної допомоги



та дебрифінгу та прийшла до висновку, що **у разі впливу потенційно травматичної події людям слід запропонувати першу психологічну допомогу, а не дебрифінг.**

В умовах значної катастрофи, людських ресурсів в офіційних органах реагування на надзвичайні ситуації та цивільного захисту буде не достатньо. Тому надзвичайно важливо підготувати психологів у цій сфері для їх подальшого включення в реагування на катастрофічну ситуацію.

Таким чином, тренінг, запропонований у цьому курсі, має на меті **навчання негайній першій психологічній допомозі при катастрофах**, з моменту першої експозиції до кінця першого місяця. Метою цього курсу не є навчання лікуванню психопатології, яка є наслідком травми.



МОДУЛЬ 2 – КРИЗОВЕ ПСИХОЛОГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ

Профіль психолога кризового втручання

Психологічне втручання під час кризи має інші принципи та цілі, ніж консультування чи психотерапія:

Психотерапія

- *Контекст:*Відновлення, реконструкція та розвиток
- *Час:*Пост-фактум, віддалено в часі від чинника кризи або психологічної декомпенсації
- *Місце:*Безпечне та спокійне середовище
- *Тривалість:*Стільки, скільки потрібно
- *Роль терапевта:*консультант, радник
- *Фокус:*теперішнє, минуле
- *Очікування:*Зменшення симптомів, особистісний розвиток, консультування та співпраця
- *Цілі:*Лікування психопатології, зменшення труднощів, розвиток та відновлення професійного життя

Кризове втручання

- *Контекст:*Профілактика, зниження напруження та відновлення
- *Час:*терміновий, близький до моменту кризи або психологічної декомпенсації
- *Місце:*У будь-якому безпечному місці поблизу інциденту
- *Тривалість:*Від 1 до 4 зустрічей
- *Роль терапевта:*Активна, цілеспрямована
- *Фокус:*Тут і зараз
- *Очікування:*Цілеспрямована підтримка, зменшення симптомів
- *Цілі:*Стабілізувати, зменшити симптоми, повернутися до рівня попереднього функціонування, перейти до наступного рівня допомоги



Психолог, який проводить кризове втручання, повинен володіти цілим **набором характеристик**, які дозволять йому виконувати свої функції:

- Легкість у встановленні стосунку;
- Здатність працювати в хаотичних і непередбачуваних умовах;
- Здатність витримувати інтенсивні емоційні реакції;
- Емоційна стабільність;
- Смирення і здатність до розуміння;
- Почуття відповідальності;
- Спокій і обережність;
- Здатність спостерігати;
- Гнучкість і здатність адаптуватися (як до несприятливих ситуацій, так і до інших людей);
- Активна і ініціативна позиція;
- Вміння працювати в команді;
- Здатність виявляти ознаки стресу (у себе та в інших) та реалізовувати активні стратегії, що мінімізують його наслідки;
- Здатність приймати завдання, які спочатку не здаються пов'язаними із психічним здоров'ям;
- Здатність працювати з різними культурами, етносами, віком та релігіями;
- Можливість роботи поза встановленим часом;
- Належне управління особистими планами і інтерес до професійної діяльності.



Психологічні кризи та стресові реакції

Зіткнувшись із досвідом важких ситуацій, у яких звичайні коупінгові механізми виходять з ладу, спрацьовує гостра стресова реакція (ГСР-я), яка, за словами Янга (2001), має цілий набір когнітивних, емоційних, поведінкових та фізіологічних реакцій:

ВИД РЕАКЦІЇ	РЕАКЦІЯ
Емоційні реакції	<ul style="list-style-type: none">▶ емоційний шок;▶ депресія;▶ тривога / паніка;▶ провина;▶ гнів;▶ страх;▶ відчай;▶ дратівливість;▶ афективна тупість;▶ відчуття жалоби/смуток;▶ уразливість.
Когнітивні реакції	<ul style="list-style-type: none">▶ розсіяність уваги;▶ складність концентрації;▶ труднощі з прийманням рішення;▶ низька самоефективність;▶ невіра;▶ заперечення;▶ зміни в пам'яті;▶ спантеличеність;▶ розірване мислення;▶ інтрузивні думки▶ занепокоєння.



ВИД РЕАКЦІЇ	РЕАКЦІЯ
Фізичні реакції	<ul style="list-style-type: none">▶ підвищений тиск;▶ тахікардія;▶ утруднене дихання;▶ втома;▶ безсоння;▶ перезбудження;▶ скарги соматичного характеру;▶ нудота;▶ спрага;▶ зміни в апетиті;▶ мурашки по шкірі і пітливість.
Поведінкові реакції	<ul style="list-style-type: none">▶ бий або втікай;▶ «замороженість або знерухомлення»;▶ механічно погоджується на все;▶ відчуження;▶ полишення діяльностей;▶ недовіра;▶ проблеми в роботі;▶ конфліктність;▶ збудження.



Хоча ці реакції спочатку є адаптивними, у деяких випадках гостра стресова реакція (ГСР-я) може перерости в клінічні патології, такі як:

- Гострий стресовий розлад (ГСР-д);
- Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)
- Тривога та депресія.

Діагностичні критерії ПТСР за DSM-V:

ДОРΟΣЛІ, ПІДЛІТКИ АБО ДІТИ ВІД 6 РОКІВ

А. Загроза смерті, серйозні травми або сексуальне насильство одним (або кількома) з наступних способів:

1. Безпосереднє переживання травматичної події.
 2. Свідок події, яка відбулася з іншими людьми.
 3. Дізнався, що травматична подія сталася з членом сім'ї або близьким другом. У разі смерті або ризику для життя члена сім'ї чи друга подія повинна бути насильницькою або випадковою.
 4. Повторюваний досвід або екстремальний вплив травматичної події (наприклад, учасник групи швидкого реагування, який підбирає рештки людського тіла; співробітники правоохоронних органів, що неодноразово стикаються з подробицями жорстокого поводження з дітьми).
- Примітка: Критерій А4 не поширюється на зіткнення із аверсивними стимулами по телебаченню, кіно чи Інтернету, в разі якщо це зіткнення не є частиною роботи людини.

У ДІТЕЙ 6 РОКІВ І МЕНШЕ

А. Загроза смерті, серйозні травми або сексуальне насильство одним (або кількома) з наступних способів:

1. Безпосереднє переживання травматичної події.
2. Свідок події, яка відбулася з іншими людьми, особливо якщо це опікун.
Примітка: не поширюється на зіткнення із аверсивними стимулами по телебаченню, кіно чи Інтернету.
3. Дізнався, що травматична подія сталася із одним з батьків або опікуном.



В. Наявність одного (або більше) із наступних інтрузивних симптомів, пов'язаних з травматичною подією, що починають проявлятися після події:

1. Повторювані, мимовільні, нав'язливі тривожні спогади про травмуючі події.
Примітка: у дітей старше 6 років можуть бути повторювані ігри чи ігри, тема яких крутиться довкола травматичної події.
2. Повторювані тривожні сни, у яких їх зміст і вплив пов'язані з травматичною подією.
Примітка: у дітей можуть спостерігатися кошмари без впізнаваного змісту.
3. Дисоціативні реакції (наприклад, спогади), при яких людина почувається і поводить себе так, ніби травматична подія повторюється тут і зараз. (Ці реакції мають градацію ступеню її прояву. Найбільш екстремальним проявом є повна втрата усвідомлення оточуючого середовища.) Примітка: у дітей ці реакції можуть виникати під час гри.

4. Інтенсивний або пролонгований психологічний дистрес, коли людина зіштовхується із внутрішніми або зовнішніми тригерами, які символізують або нагадують аспекти травматичної події.

Інтенсивні фізіологічні реакції на внутрішні або зовнішні тригери.

В. Наявність одного (або більше) з наступних інтрузивних симптомів, пов'язаних з травматичною подією, яка починається після її настання:

1. Повторювані, мимовільні, нав'язливі тривожні спогади про травмуючі події.
Примітка: нав'язливі та спонтанні спогади можуть не здаватися тривожними і можуть проявлятися під час гри.
2. Повторювані тривожні сни, у яких їх зміст і вплив пов'язані з травматичною подією.
Примітка. Може бути неможливо визначити, що лякаючий зміст пов'язаний із травматичною подією.
3. Дисоціативні реакції (наприклад, спогади), при яких дитина почувається і поводить себе так, ніби травматична подія повторюється тут і зараз. (Ці реакції мають градацію ступеню її прояву. Найбільш екстремальним проявом є повна втрата усвідомлення оточуючого середовища.) Примітка. Ці реакції можуть виникати під час гри

4. Інтенсивний або пролонгований психологічний дистрес, коли людина зіштовхується із внутрішніми або зовнішніми тригерами, які символізують або нагадують аспекти травматичної події.

Інтенсивні фізіологічні реакції на внутрішні або зовнішні тригери.



С. Постійне уникнення тригерів, яке починається після того, як сталася травматична подія. Про що свідчить одне або обидва з наступного:

1. Уникнення або намагання уникнути тривожних спогадів, думок чи почуттів, пов'язаних з травматичною подією.

Уникнення або намагання уникнути зовнішніх тригерів (людей, місць, розмов, діяльності, об'єктів, ситуацій), які викликають тривожні спогади, думки чи почуття, пов'язані з травматичною подією.

С. Повинен бути присутнім один (або більше) з наступних симптомів, уникнення або негативні когнітивні зміни та зміни настрою, пов'язані з травматичною подією, що з'являються або посилюються після події:

Постійне уникнення подразників

1. Уникнення або намагання уникнути тривожних спогадів, думок чи почуттів, пов'язаних з травматичною подією.
2. Уникнення або намагання уникнути зовнішніх тригерів(людей, місць, розмов, діяльності, об'єктів, ситуацій), які викликають тривожні спогади, думки чи почуття, пов'язані з травматичною подією.

Негативні когнітивні зміни

3. Значно збільшена частота негативних емоційних станів (наприклад, страх, почуття провини, смуток, сором, розгубленість).
4. Помітно знижений інтерес або участь у змістовній діяльності, а саме в грі.
5. Соціальне уникнення.

Стійке зниження вираження позитивних емоцій.



D. Негативні зміни в когніціях та настрої, пов'язані з травматичною подією, що з'явилися або погіршилися після травматичної події. Про що свідчать два (або більше) з наступного:

1. Не пам'ятає один з важливих аспектів травматичної події (як правило, через дисоціативну амнезію, а не через інші фактори, такі як травма голови, алкоголь або психоактивні речовини).
2. Негативні, перебільшені та стійкі переконання чи очікування щодо себе, інших чи світу (наприклад, «Я поганий», «Нікому не можна довіряти», «Світ увесь небезпечний», «Моя нервова система зіпсована»).
3. Стійкі та спотворені уявлення про причини травматичної події, що призводять людину до почуття провини або гніву по відношенню до інших.
4. Постійно негативний емоційний стан (наприклад, страх, жах, гнів, провинна або сором).
5. Помітно низький інтерес або участь у важливих активностях.
6. Почуття відірваності або відчуження від інших.

Постійна нездатність переживати позитивні емоції (наприклад, щастя, задоволення або почуття, пов'язані з коханням).

D. Значні зміни в активації та реактивності, пов'язані з травматичною подією, що з'явилися або погіршилися після травматичної події. Про що свідчать два (або більше) з наступного:

1. Дратівливість і спалахи гніву (у відповідь на незначні стимули або зовсім без них), як правило, виражаються через вербальну або фізичну агресію проти людей або предметів (включаючи істерики).
2. Гіпер пильність.
3. Непропорційна реакція переляку.
4. Проблеми із концентрацією уваги.

Порушення сну (наприклад, труднощі з початком або підтримкою сну або неспокійний сон).



Е. Значні зміни в активації та реактивності, пов'язані з травматичною подією, що з'явилися або погіршилися після травматичної події. Про що свідчать два (або більше) з наступного:

1. Дратівливість і спалахи гніву (у відповідь на незначні стимули або зовсім без них), як правило, виражаються через вербальну або фізичну агресію проти людей або предметів .
2. Необережна або саморуйнівна поведінка.
3. Надмірна пильність.
4. Непропорційна реакція переляку.
5. Проблеми з концентрацією уваги.

Порушення сну (наприклад, труднощі з початком або підтримкою сну або неспокійний сон).

Ф. Тривалість порушення (критерій В, С, D і Е) перевищує 1 місяць.

Е. Тривалість порушення більше 1 місяця.

Ф. Порушення спричиняє клінічно значущий дистрес або погіршення у стосунках з батьками, братами і сестрами, однолітками чи іншими особами, які доглядають, або порушення поведінки в школі.

Г. Порушення викликає клінічно значущий дистрес або зниження функціонування в соціальній, професійній або інших важливих сферах

Г. Порушення не пояснюється фізіологічним впливом речовини (наприклад, ліків, алкоголю) або іншим медичним станом.

Н. Порушення не пояснюється фізіологічним впливом речовини (наприклад, ліків, алкоголю) або іншим медичним станом.



Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) | Фактори ризику

До інциденту:

- Психіатрична історія (Breslau et al, 1998);
- Характеристики особистості (риски унікальної особистості) (Schnurr et al., 1998);
- Слабка соціальна підтримка (Рузек та ін., 2004);
- Попередній досвід травматичних подій (Рузек та ін., 2004);
- Неадаптивні та невідповідні коупінгові стратегії (Халіган і Єгуда, 2000);
- Жіноча стать (Watson, P., 2014);
- Належність до етнічної меншини (Watson, P., 2014)

В момент інциденту:

- Тяжкість події та експозиція до травматичних стимулів (Raphael et al. 2000);
- Загроза реальна або уявна (Raphael et al. 2000);
- Особисті втрати (активи, дім, мережа зв'язків, ...) (Raphael et al. 2000);
- Дисоціація або дереалізація в моменті травми (McNally, 2003);
- Відсутність передбачуваності та контролю подій (Raphael et al. 2000).

Після інциденту

- Наявність постійних або додаткових стресових факторів (голод, холод, втома, страх, бездомність, ...) (Рафаель та ін. 2000);
- Низький рівень соціальної та емоційної підтримки або високі соціальні вимоги (Raphael et al. 2000);
- Невідповідні стратегії подолання ситуації (уникнення, звинувачення, вживання психоактивних речовин, ...) (Young et al., 2001);
- Недостатньо інформації про природу та причини події (Raphael et al. 2000);
- Брак подальшої підтримки (Raphael et al. 2000).



Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) | Протективні фактори

- Відновлення звичайної повсякденної діяльності і займання активної позиції перед лицем наслідків події (Ommeren et al., 2005);
- Наявність та доступність соціальної підтримки (Ruzek et al., 2004);
- Успішне подолання попередніх травматичних подій (Ruzek et al., 2004);
- Отримання адекватної інформації про те, що сталося і що буде відбуватися далі (Raphael et al. 2000).

Рекомендації щодо раннього психологічного втручання:

За даними ВООЗ (2013), на додаток до ППД в 1-й місяць пропонуються такі заходи:

- При гострому стресовому розладі (повторне переживання, уникнення, гіперактивація):
 - ▶ Для дорослих із симптомами гострого травматичного стресу, пов'язаного зі значним порушенням повсякденного функціонування слід розглянути варіант **травма-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії**.
 - ▶ Виходячи з наявних даних, **немає конкретних рекомендацій** щодо окремого використання EMDR-терапії, релаксації або психоедукації для дорослих із симптомами гострого травматичного стресу, який викликає значні порушення повсякденного функціонування, протягом першого місяця після потенційно травмуючої події.
 - ▶ Бензодіазепіни та антидепресанти не слід пропонувати дорослим, підліткам або дітям для зменшення симптомів гострого травматичного стресу, який викликає значні порушення повсякденного функціонування, протягом першого місяця після потенційно травмуючої події.
- **При безсонні після потенційно травмуючої події:**
 - ▶ Дорослим із гострим безсонням протягом першого місяця після потенційно травмуючої події слід розглянути методику релаксації (наприклад, прогресивну м'язову релаксацію або її еквіваленти) та поради щодо гігієни сну (включаючи поради щодо психостимуляторів, таких як кава, нікотин та алкоголь).
 - ▶ На основі наявних даних не можна дати конкретних рекомендацій щодо ранніх психологічних втручань у дітей та підлітків із гострим безсонням у перший місяць після



потенційно травмуючої події.

▶ Бензодіазепіни не слід застосовувати дорослим, підліткам та дітям з безсонням протягом першого місяця після потенційно травмуючої події.

- **При енурезі після потенційно травмуючої події:**

▶ **Психоедукацію щодо негативних наслідків покарання** слід призначати особам, які доглядають за дітьми із вторинним неорганічним енурезом протягом першого місяця після потенційно травмуючої події.

▶ Слід розглянути **тренування батьківських навичок та використання простих поведінкових втручань** (наприклад, зоряні карти, відвідування туалету перед сном і підкріплення завжди, коли дитина не намочила ліжку). Там, де дозволяють фінансові ресурси, слід розглянути варіант спеціальних будильників для енурезу.

- **При гіпервентиляції після потенційно травматичної події:**

▶ На основі наявних даних щодо **дихання у паперовий пакет** для підлітків та дорослих з гіпервентиляцією в перший місяць після впливу потенційно травматичної події, цей прийом **не можна рекомендувати**.

▶ Дихання через паперовий пакет не слід розглядати для дітей з гіпервентиляцією в перший місяць після потенційно травматичної події.

Психосоціальна резиліентність

Визначення резиліентності:

- Відповідно до UNISDR (2009), психосоціальна резиліентність — це «здатність системи, спільноти чи суспільства, що піддалися ризику, своєчасно й ефективно протистояти, поглинати, пристосовуватись та відновлюватися від наслідків ризиків через збереження та відновлення своїх основних структур і функцій.
- Вільямс (2007) визначає резиліентність як «здатність людини, перед обличчям біди, загрози чи виклику, адаптуватися – психологічно, емоційно та фізично – досить добре та без тривалої шкоди для себе, своїх стосунків з іншими або для свого власного розвитку як індивіду». Це означає не відсутність проблем чи симптомів, а здатність залишатися здоровим, незважаючи на труднощі.



- Бонанно (2005) стверджує, що, коли професіонали говорять про резилієнтність, вони насправді говорять про відновлення, здатність індивіда відновлюватися після того, як він пережив потенційно травмуючу подію («відскочити»). У цій перспективі «швидкого відновлення» людина здатна обробити й зрозуміти те, що сталося, і мобілізувати свої ресурси для успішного подолання цієї кризи.

Інші способи реагування на катастрофу:

- **Опір**- Стабільна або постійна модель відсутності або незначної присутності стресових реакцій.
- **Стійкість**- Початкові (помірні) стресові реакції з наступним вираженим зниженням.
- **Відновлення**- Початкові реакції на стрес (помірні та важкі) з подальшим поступовим зменшенням з часом.

Посттравматичне зростання

Особистісне подолання травмуючих ситуацій може призвести до кількох типів змін особистості:

Зміни в собі

Відчути себе сильнішим і впевненішим у собі, з більшим досвідом і здатністю протистояти майбутнім труднощам. У людини формується уявлення про себе як про таку, що має більшу силу та впевненість для боротьби з майбутніми негараздами. У цій зміні можна розглядати співіснування позитивної та негативної сторони. Якщо, з одного боку, людина відчуває себе сильнішою і впевненішою, з іншого боку, виникає відчуття вразливості, знання того, що в будь-який момент можна піддатися іншому негативному досвіду

Зміни в міжособистісних стосунках

Відносини з іншими людьми зміцнюються, сім'ї часто відчувають себе більш згуртованими після травматичних подій (Affleck, Tennen & Gershman, 1985, цит. за Vázquez et al., 2008). З іншого боку, може виникнути потреба поділитися досвідом і висловити почуття. Нарешті, може виникнути більша потреба просити про допомогу, що може розширити коло соціальної підтримки (McMillen, Smith, & Fisher, 1997, цит. за Vázquez et al., 2008).



Зміни в духовності та філософії життя

Людина більше цінує те, що має, більше цінує деталі, і розрізняє, що дійсно важливо, а що другорядне. Великий відсоток людей змінює свої цінності, надає пріоритет іншим аспектам і починає насолоджуватися найдрібнішими речами (Pérez-Sales, 2001, цит. за Vázquez et al., 2008).

Детермінанти, які дозволяють визначити посттравматичне зростання (ПТЗ), за Фонсека, 2011:

- Характеристика травматичної події;
- Соціодемографічні змінні;
- Тип особистості;
- Стратегії подолання ситуації та соціальна підтримка;
- Вираження емоцій.



МОДУЛЬ 3 – ПСИХОСОЦІАЛЬНЕ ВТРУЧАННЯ ПРИ МАСШТАБНИХ ПОДІЯХ ТА КАТАСТРОФАХ

Законодавство

Служби, які будуть приймати участь у вирішенні катастрофи.

- **SIOPS**– Інтегрована система захисту та надання допомоги – має на меті реагувати на ситуації загрози чи настання серйозної аварії чи катастрофи. Принцип єдиного командування ґрунтується на двох вимірах Системи: інституційної координації та оперативного командування.
- **SIEM**- Інтегрована система екстреної медичної допомоги – спрямована на надання допомоги потерпілим від нещасного випадку або раптового захворювання.
- **PNPCC** -Національний план з питань надзвичайних ситуацій з питань цивільного захисту - забезпечує єдність напрямів розробки дій, технічну та оперативну координацію засобів, що мають бути вжиті, та адекватність надзвичайних заходів, які необхідно вжити.

Психологічна підтримка – пріоритети дій:

- Забезпечити негайну психологічну підтримку первинним та вторинним потерпілим на місці події/Театрі бойових дій;
- Координувати механізми евакуації первинних постраждалих (потерпілих безпосередньо в результаті надзвичайної ситуації) та вторинних постраждалих (членів сімей первинних постраждалих) із місця події до зон психологічної підтримки та з них - до зон зосередження та підтримки для населення;
- Забезпечити психологічну підтримку постраждалим на третинному рівні;
- З цією метою координувати механізми евакуації постраждалих третинного рівня до спеціально призначених місць;
- Забезпечити постійну психологічну підтримку населенню, що перебуває у зонах зосередження та підтримки для населення.



Катастрофа та її жертви

Фази після впливу катастрофічної події:

ФАЗИ	ОПИС
ФАЗА ТРИВОГИ	Ця фаза починається відразу після впливу. Це відповідає періоду руйнування і смерті, дезорієнтації і розгубленості. Представляє собі фазу надзвичайних ситуацій у перші 72 години.
РАННЯ ФАЗА ПІСЛЯ ПОЧАТКУ ВПЛИВУ	Період через короткий час після події. Тут робиться конкретний аналіз ситуації та початок процесу відновлення, що відповідає часу від 3-ї доби до 3-х місяців після події.
ЕТАП ВІДНОВЛЕННЯ	Вивчення ресурсів громади та вирішення ситуацій. Через тривалий час після події, від 3 місяців до 3 років.



Фази біопсихосоціальної реакції на катастрофу:

ФАЗИ	ОПИС
ГЕРОЇЧНА ФАЗА	Характеризується збільшенням енергії, спрямованої на порятунок, допомогу, укриття, очищення. Зазвичай це триває перші 3 дні.
ФАЗА МЕДОВОГО МІСЯЦЯ	<p>Незважаючи на втрати та «тривогу», ця фаза характеризується оптимізмом тих, хто вижив, і громади. Вони відчують прихід матеріальних ресурсів, ЗМІ уважні до ситуації, часто відвідують громадських діячів, щоб переконатися, що баланс буде відновлено, розпочинаються розслідування тощо. Громада вірить, що їхнє повсякденне життя відновиться швидко, без ускладнень. Через кілька тижнів починають вичерпуватися ресурси, зменшується висвітлення в ЗМІ, громадські діячі перестають відвідувати зону впливу і стає помітною складність реконструкції та реставрації.</p> <p>У цей момент збільшення енергії, яке спочатку відчували вижили та спільнота, починає спадати, і настає втома, що веде до наступної фази.</p>
ФАЗА РОЗЧАРУВАННЯ	<p>Сильна втома, невдоволення і розуміння того, що необхідно для відновлення нормального життя, призведе до розчарування. Люди стикаються з відсутністю політичних обіцянок, відсутністю відповідальності страховиків і несправедливістю. Симптоми можуть посилюватися, а надія починає слабшати. Може спостерігатися посилення агресії, і енергія починає з'являтися знову.</p>
ЕТАП РЕОРГАНІЗАЦІЇ	Відновлення організації, що була до події. Більшість людей відновлюють свій рівень функціонування, адаптуючись до ситуації. Деякі люди досягають цього рівня через 6 місяців, однак для деяких це може зайняти від 18 до 36 місяців. Для деяких людей перша річниця катастрофи прискорює загострення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Більшість тих, хто вижив, відмічають цінність міжособистісних стосунків і життя, а також впевненість у можливості вирішити важкі ситуації, чому вони навчилися у результаті протистояння з катастрофі.



Клінічні прояви, які можуть виникнути у постраждалих після катастроф:

- загострення або нові епізоди вже існуючих психіатричних проблем;
- дисоціація;
- психоз;
- інтрузивні образи;
- гострий стресовий розлад (ГСР-д);
- посттравматичний стресовий розлад (ПТСР);
- уникнення;
- надмірна пильність;
- тривога;
- депресія;
- зловживання психоактивними речовинами;
- значна зміна поведінки.

Класифікація жертв:

КЛАСИФІКАЦІЯ	ОПИС
ОСНОВНІ ЖЕРТВИ	Прямо піддається впливу.
ВТОРИННІ ЖЕРТВИ	Родичі первинних постраждалих.
ТРЕТИННІ ЖЕРТВИ	Фахівці, залученні до рятування.
ЧЕТВЕРТНІ ЖЕРТВИ	Громада, причетна до катастрофи.
ЖЕРТВИ 5 РІВНЯ	Без безпосередньої участі.
ЖЕРТВИ 6 РІВНЯ	Випадково уникли прямому впливу.



Піраміда психосоціальних втручань

Ця піраміда складається з таких аспектів, які змінюються вгору залежно від рівня спеціалізації послуг і вниз від кількості обслуговуваних клієнтів/розподілу ресурсів:

- Психіатричні ліки
- Психологічне лікування, орієнтоване на травму
- Індивідуальні, сімейні та групові консультації
- Робота, орієнтована на втрати, горе та турботи
- Психологічна оцінка та направлення
- Групи структурування соціальних та життєвих компетенцій
- Групи самопомоги та взаємопідтримки
- Ініціативи емоційної підтримки від кваліфікованих фахівців
- Інструкція щодо структурування вільного часу
- Мережа (наприклад, молодь, літні люди, групи з особливими потребами)
- Возз'єднання сім'ї
- Навчання медичних працівників та поширення навичок та знань
- Обізнаність громадськості про те, що таке «нормальні реакції на ненормальні ситуації».
- Інформація про доступ до інших послуг, правовий статус, зниклих безвісти
- Створення основних соціальних структур, інститутів, ролей та відповідальності



Багатовимірна модель культури і травми

Індивідуальні особливості

- Універсальні аспекти реакції на травму
 - Потенційно травматична подія
 - Сприйняття інтерпретації
 - Формування симптомів
 - Динаміка відновлення
- Особиста історія
 - Попередні травматичні переживання
 - Соціальна вразливість
 - Історія механізмів подолання
- Культурні впливи
 - Схема оцінки ризику
 - Схема про вразливість/значення
 - Соціальна схема інтерпретації стресу
 - Схема про відновлення

Втручання на основі міжкультурної точки зору

Під час інтеграції в нову культуру важливо прийняти такі способи поведінки:

- **Одягатися належним чином** відповідно до звичаїв культури;
- Шукати мовну схожість;
- Привітатися та попрощатися мовою культури, в якій ми працюємо;



- Дозволити тим, хто вижив, провести нас через культурні протоколи і слідувати цій лінії дій;
- Брати участь у визначених ритуалах, коли це дозволено або вимагається;
- Пам'ятати про духовні переконання постраждалої громади;
- Чітко визначити цілі та посилатися на інші схожі ситуації, де це було корисно

Модель втручання та міжкультурна оцінка

Ключові припущення, які можуть вплинути на взаємодію між опікунами та отримувачами послуг з психічного здоров'я:

- **Зв'язок:** Шукайте мовну схожість і вітайтеся мовою культури, до якої ми належимо. Слідкуйте за вербальним і невербальним спілкуванням.
- **Особистий простір:** Це територія, яка оточує кожну людину і варіюється від культури до культури. Цей простір мають зберігати психосоціальні техніки.
- **Соціальна організація:** Переконання, цінності та ставлення засвоюються та закріплюються культурно, що відображається в реакціях тих, хто вижив. Важливо поважати та дотримуватися культурних протоколів, наприклад, брати участь у ритуалах та носити одяг, відповідний до місцевих звичаїв. Визначте лідерів громади та встановіть з ними перший контакт.
- **Тимчасова організація:** Розуміння того, як люди організують свій час (наприклад, їжа, молитва тощо), може запобігти незгодам та непорозумінням.
- **Екологічний контроль:** Віра в те, що події відбуваються через якийсь зовнішній фактор – удачу, долю, волю Бога – може вплинути на те, як постраждалі реагують на катастрофу та на тип необхідної допомоги. Важливо розуміти переконання, пов'язані зі здоров'ям/хворобою та смертю.

(у Розвиток культурної компетентності в програмах психічного здоров'я при катастрофах: керівні принципи та рекомендації)



Тероризм

Модель розуміння психологічного процесу, що призводить до тероризму

- Шостий поверх: Терористичний акт і уникнення механізмів гальмування
- П'ятий поверх: Зміцнення категоричного мислення та сприйняття легітимності терористичної організації
- Четвертий поверх: Моральна прихильність
- Третій поверх: Трансляція агресії
- Другий поверх: Передбачувані варіанти боротьби з несправедливим поведінням
- Перший поверх: Інтерпретація матеріальних умов

Психологічні наслідки тероризму

Послідовність визначається наступним чином:

1. Намір терористичного акту
2. Викликати терор
3. Невпевненість і тривога призводять до паніки і страху

Опосередкованими факторами є наступні:

- Непередбачуваність/несподіванка
- Відсутність контролю
- Несправність
- Інтенсивність
- Вплив на функціонування та соціальну підтримку
- Брак інформації
- Сприйняття небачених небезпек і наслідків для здоров'я



Фази реакції на тероризм

1. Підготовка та планування
2. Загроза та попередження
3. Вплив/Попередження
4. Безпосередній період після теракту
5. Тривале відновлення

Хімічні агенти та їх дія

- Нервово-паралітична речовина (Зарин, Табун, Зоман і VX): зниження інтелектуальних функцій, тривога, депресія, затримка психомоторної діяльності, порушення режиму сну.
- Фосфорорганічні пестициди: зміна пильності та концентрації, дефіцит пам'яті, уповільнення обробки інформації, депресія, дратівливість, тривога.
- Пухирчасті агенти (наприклад, азот, сірчаний іприт): Делірій, дистрес, викликаний фізичним впливом та впливом спотворення.
- Біологічні агенти (сибірська виразка, борулін, туляремія, чума, бруцельоз, лихоманка Ку, віспа, вірусний енцефаліт, вірусна геморагічна лихоманка, ентеротоксин стафілокока В): Делірій, депресія, дратівливість, тривалі когнітивні зміни.



Втручання з особливими групами населення

НАСЕЛЕННЯ	СТРАТЕГІЇ ІНТЕРВЕНЦІЇ
ІМІГРАНТИ	<ul style="list-style-type: none">● Попросіть іммігранта прийняти перекладача;● Спілкування, спрямоване на постраждалого;● Визначити характер скарг особи, країну походження, дату міграції та режим проживання;● Збираючи історію, уникайте ситуації «допиту» – давайте запитання з простим поясненням навіть якщо ви про це питаєте;● Зосередьтеся на конкретних проблемах окремої людини, але заохочуйте поділитися іншими проблемами, які може відчувати ця особа;● Організуйте втручання так, щоб у разі потреби за пацієнтом спостерігав чуйний та поінформований лікар;● Зверніться до установ індивідуальної допомоги з точки зору практичних потреб, таких як соціальна допомога, житло, працевлаштування, соціальні заходи чи відпочинки тощо.
ЛЮДИ СТАРШОГО ВІКУ	<ul style="list-style-type: none">● Відновіть щоденний прийом ліків;● Визначте особливі потреби, спільні для цієї вікової групи (наприклад, підгузники, підкладне судно, інвалідний візок);● Уникайте припущень про сенсорні, когнітивні та фізичні здібності літніх людей на основі їхнього віку;● Запропонуйте їм переїхати в тихіше місце, щоб краще поговорити;● Переконайтеся, що середовище є придатним для спілкування, зменшуючи фактори, які можуть негативно вплинути на нього, наприклад, шум, скупчення людей, телефонні дзвінки тощо;● Досліджуйте разом із літньою людиною, яка може підтримати їх на пізнішому етапі, когось із близьких, хто знає, що вони допоможуть;● Перевірте, як літня людина хоче, щоб до неї ставилися (якщо вона вважає за краще звертатися пан Сантос чи пан Антоніо, наприклад);● Говоріть голосніше лише тоді, коли є інформація, що у потерпілого дійсно проблеми зі слухом або коли ця складність виявлена, інакше це не полегшить спілкування;● Дозвольте літній людині визначати чи доречні дотики (наприклад, потиснути руку літній людині або покласти руку на плечі літньої людини);



- Роз'яснити, що в будь-який момент, якщо літня людина не розуміє суть або потребує додаткової інформації, вона/вона повинна висловити ці сумніви;
- Завжди підтверджуйте асертивну поведінку, наприклад слова чи фрази, які демонструють співчуття чи вдячність літнім людям з боку інших близьких їм людей;
- Збирайте інформацію про ресурси громади, щоб забезпечити перенаправлення літніх людей відповідно до їхніх потреб;
- Давайте коротку та просту інформацію;
- Співпереживати з літньою людиною, якщо вона відчуває втому, засмучення або хвилювання;
- Будьте терплячі;
- Не перебивайте, коли літня людина вербалізує, це перешкоджає відкритому спілкуванню і може призвести до того, що літня людина забуде про інформацію, яку хотіла передати;
- Зрозумійте переконання багатьох літніх людей, що прийняття допомоги – це поразка або крок до повної залежності.

СІЛЬСЬКІ ЖИТЕЛІ

- Немає істотних відмінностей від описаного. Інтервенція з постраждалими в цьому середовищі має здійснюватися на основі цих характеристик і, перш за все, наявного дефіциту в даних громадах. Очікується певний опір втручання, який необхідно подолати за допомогою співпереживання, активного слухання, уникнення прямого нав'язування та з врахування показань для втручання у роботу з людьми похилого віку (більшість населення).

ЛЮДИ З ІНВАЛІДНОСТ ЯМИ

- Особи з інвалідністю повинні отримувати підтримку такої ж якості, як і населення в цілому;
- Підтримка має бути адаптована до всього спектру потенційних індивідуальних потреб;
- У плані догляду за людьми з інвалідністю повинні бути залучені політичні органи, державні керівники, органи цивільного захисту та організації громадянського суспільства;
- Плани надзвичайних ситуацій повинні розглядати людей з обмеженими можливостями окремо, а не групувати їх за категоріями;
- Розташування та надзвичайні потреби людей з обмеженими можливостями повинні бути відомі та оцінені до початку катастрофи;
- План невідкладної допомоги повинен враховувати будинки престарілих, психіатричні лікарні та інші центри, де можуть бути зосереджені люди з обмеженими можливостями;
- Програми освіти, управління та реагування на катастрофи повинні включати



інформацію про те, як покращити умови для людей з обмеженими можливостями;

- Процес оповіщення має бути налаштований так, щоб автоматично включати потреби та можливості людей з обмеженими можливостями;
- Евакуація, аварійне транспортування, прийом та реабілітація не повинні дискримінувати людей з інвалідністю;
- Бригади екстреної допомоги повинні підтримувати професійне та недискримінаційне ставлення до людей з інвалідністю;
- Аварійні бригади, які зобов'язані транспортувати людей з фізичними вадами, повинні отримати відповідну підготовку та обладнання для виконання цих завдань;
- У процедурах евакуації до або після катастрофи необхідно забезпечити, щоб ніхто не був залишений;
- Приймальні та тимчасові гуртожитки повинні бути обладнані для розміщення людей з обмеженими можливостями, які передбачають їх використання;
- Особи з інвалідністю не повинні зазнавати дискримінації при виділенні тимчасового житла після стихійного лиха;
- Повинні бути встановлені процедури для забезпечення того, щоб люди з інвалідністю не зазнавали дискримінації під час планування, попередження, оповіщення, евакуації, реагування на надзвичайні ситуації, відпочинку, перехідного притулку або відновлення після катастрофи.

Психолог у «полях»

Для кожної функції відповідна ціль представлена нижче:

- Функція 1 | Психосоціальний координатор:
 - Оцінювати
 - Координувати
- Функція 2 | Первинний скринінг:
 - Захистити
 - Первинний скринінг
 - Ідентифікувати
 - Направляти
- Функція 3 | Інтервенція з людьми, які потребують медичної допомоги, та з людьми, які її не потребують:
 - Реєстрація, стабілізація
 - Задоволення потреб



- Переадресація
- Функція 4 | Підтримка у точках розпізнавання тіл загиблих:
 - Співпраця з командами координаторів таких точок у процесі розпізнавання тіла сім'ями
- Функція 5 | Втручання з професіоналами/групою після кризи:
 - Втрутитися в роботу з операторами, щоб мінімізувати вплив ситуації
- Функція 6 | Підтримка членів сім'ї через інформаційні центри:
 - Надання інформації учасникам та членам родини

ВІД

НЕ

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">● Будьте чесними та надійними;● Поважати право людей приймати власні рішення;● Усвідомте та відкиньте власні стереотипи та упередження;● Дайте зрозуміти людям, що навіть якщо вони не хочуть негайної допомоги, вони все одно можуть звернутися за допомогою пізніше;● Поважайте особисте життя та конфіденційність особи;● Адаптуйте свою поведінку, враховуючи культуру, вік та стать людини. | <ul style="list-style-type: none">● Не вимагайте грошей або будь-яких інших послуг у людини, якій ви допомагаєте;● Не давайте обіцянок, які ви не можете виконати, і не надавайте неправдиву інформацію;● Не виконуйте процедури, до яких ви не навчені;● Не будьте настирливими або агресивними;● Не змушуйте людей розповідати свої історії;● Не судіть людей за їхніми вчинками чи почуттями. |
|---|---|



МОДУЛЬ 4 – МОДЕЛІ ВТРУЧАННЯ ПРИ КАТАСТРОФІ

Принципи Хобфолла

Принципи Хобфолла такі:

- Надія
- Відчуття безпеки
- Заспокоєння
- Підтримка підключення до соціальних мереж
- Посилення почуття власної ефективності та ефективності спільноти

Психологічна модель першої допомоги (Brymer et al 2006)

Цілі моделі:

- Встановити емпатичний людський зв'язок ненав'язливим способом;
- Сприяти безпеці з самого початку та забезпечувати фізичний та емоційний комфорт;
- Направляти та заспокоювати постраждалих з інтенсивними реакціями;
- Допомогати постраждалим повідомити про негайні потреби і проблеми та зібрати необхідну інформацію;
- Запропонувати практичну допомогу та інформацію потерпілим;
- Якнайшвидше підключити постраждалих до їх мережі соціальної підтримки, включаючи сім'ю, друзів, сусідів та ресурси громади;
- Сприяти адаптивному подоланню та розширенню можливостей, щоб постраждалі відігравали активну роль в їх одужанні;
- Надавати інформацію, яка може допомогти постраждалим ефективніше протистояти психологічним наслідкам інциденту.



Підготовка до застосування першої психологічної допомоги:

1. Представте сценарій (поясніть)
2. Надайте підтримку
3. Групове налаштування
4. Зберігайте спокійну присутність
5. Будьте чутливі до культури та різноманітності
6. Будьте в курсі груп ризику

	ДІЯ	МЕТА
1	Контакт і встановлення стосунків	Ініціюйте контакт емпатичним і ненав'язливим способом, щоб запропонувати допомогу.
2	Безпека та комфорт	Негайно сприяйте відновленню безпеки та забезпечуйте фізичний та емоційний комфорт.
3	Стабілізація	Заспокоювати та направляти тих, хто вижив у емоційному стражданні
4	Збір інформації	Визначте нагальні потреби та проблеми, отримати додаткову інформацію для коригування втручання.
5	Практична допомога	Запропонуйте практичну допомогу постраждалим у вирішенні негайних потреб і проблем.
6	Підключення до соціальної підтримки	Допоможіть підключитися до мережі соціальної підтримки, включаючи членів сім'ї, друзів та ресурси спільноти.
7	Інформація про коупінги	Надайте інформацію про реакції на стрес і як з ними боротися, щоб сприяти адаптивному функціонуванню.
8	Звернення до послуги	Підключіть постраждалих до послуг, які потрібні зараз або в майбутньому.



1. Контакт і встановлення стосунків

Встановлюйте контакт з постраждалими у емпатійний та ненав'язливий спосіб:

- Представтесь і опишіть свою роль;
- Попросіть дозволу виступити;
- Поясніть цілі;
- Запитуйте про невідкладні потреби;
- Перш ніж розмовляти з дітьми, по можливості попросіть дозволу у батьків/відповідального дорослого.
- Пам'ятайте про культурні відмінності щодо дотику, «особистого простору» та погляду;
- Забезпечуйте максимальну конфіденційність.

2. Безпека та комфорт

Комфорт і безпеку можна підвищити для постраждалих такими способами:

- Забезпечити негайну фізичну безпеку;
- Надати інформацію про заходи та/або послуги з реагування на інциденти;
- Запропонувати фізичний комфорт;
- Сприяти соціальному контакту з іншими постраждалими;
- Захищати від потенційно травматичних переживань і подразників, пов'язаних з травмою;
- Говорити про вплив соціальних медіа.



3. Стабілізація

Якщо необхідно:

Слідкуйте за такими ознаками, які вказують на те, що людині може знадобитися стабілізація:

- Невизначений і порожній погляд;
- Не реагує на словесні вказівки;
- Дезорієнтований (ходіння);
- Проявляє дуже інтенсивні емоційні реакції (нестримний плач, гіпервентиляція);
- Неконтрольовані фізичні реакції (тремор);
- Фанатична пошукова поведінка;
- Недієздатність через хвилювання;
- Ризикова діяльність.

Загалом, виконайте такі дії для стабілізації:

- Поважайте особисте життя людей і зачекайте кілька хвилин;
- Зберігайте спокій, не розмовляючи, але будьте присутні, проте не відразу намагайтеся поговорити з людиною, оскільки ви можете сприяти когнітивному/емоційному перевантаженню.
- Запропонуйте підтримку та допоможіть людині зосередитися на конкретних думках, почуттях і цілях.
- Надайте інформацію, яка допоможе людині відновити відчуття контролю: як організована допомога, де можна отримати допомогу, які кроки слід розглянути.

Якщо продовжуєте спостерігати надзвичайне емоційне збудження, емоційну пустку, дисоціацію або паніку, використовуйте:

- Черевне дихання (для контролю частоти серцевих скорочень і дихання):
 - Повільно вдихніть через ніс і комфортно наповніть легені до живота.
 - Тихо і спокійно повторюйте собі: «Мое тіло повне спокою». Повільно видихніть через рот і повністю спорожніть легені.
 - Тихо і спокійно повторюйте собі: «Мое тіло наповнене спокоєм».



- Повторити 5 разів.
- Робіть це так часто, як це необхідно протягом дня.
- Розслаблення м'язів (для розслаблення та усунення оніміння):
 - Ляжте або влаштуйтеся зручніше. Виконуйте рухи плавно. Під час виконання рухів важливо зосередити свою увагу на ділянці тіла, яка напружена або поколює, спостерігаючи за фізичними відчуттями в цій області.
- Уявляючи, що ваші руки німіють:
 - «Міцно стисніть кулаки. Натисніть і утримуйте 5 секунд, спрямуйте свою увагу на кулаки. Тепер розкрийте руку і розслабтеся на 10-15 секунд, направляючи свою увагу на цю область.
 - Повторіть ще раз. Тепер поміняйте руки і повторіть процедуру. Повторіть стільки разів, скільки необхідно.
 - Сильно напружте м'язи в руці. Утримуйте їх в стані напруження 5 секунд, спрямуйте свою увагу на руку. Тепер розслабте м'яз руки на 10-15 секунд і помітите фізичні відчуття в руці. Повторіть ще раз.
 - Поміняйте руки і повторіть процедуру.
 - Повторюйте стільки разів, скільки необхідно, поки область тіла не розслабиться».
- **Заземлення** -Якщо людина не реагує, ви повинні використовувати заземлення:
 - Посадіть людину в зручну позу;
 - «Повільно вдихніть і видихніть»;
 - «Назви мені 5 речей, які ти відчуваєш». Наприклад: я відчуваю спину на стільці, я відчуваю ковдру в руках...»;
 - «Повільно вдихніть і видихніть»;
 - «А тепер назвіть мені 5 звуків, які ви чуєте». Наприклад: я чую, як б'ється моє серце, дзвонить мобільний телефон...»;
 - - «Повільно вдихніть і видихніть»;
 - - «Подивіться навколо себе і скажіть мені 5 предметів, які ви бачите». Наприклад: я бачу підлогу, стіл, моє взуття...»;



- Якщо це дитина, можна використовувати називання кольорів. Наприклад: назви мені 5 кольорів, які ви бачите. Ти бачиш щось синє?»



МОДУЛЬ 5 – ВТРУЧАННЯ В КОНКРЕТНИХ СИТУАЦІЯХ

Горе

Нормальні реакції в процесі горя

Емоції:

- Смуток;
- Гнів;
- Провина;
- Тривога;
- Самотність;
- Втома;
- Безпорадність;
- Шок;
- Відчуження;
- Пригнічення.

Фізичні відчуття

- Порожнеча в шлунку;
- Стиснення в грудях;
- Ком в горлі;
- Підвищена чутливість до шуму;
- Відчуття задишки;
- М'язова слабкість, астенія;
- Недолік енергії;
- Сухість у роті.



Когніції

- Зневіра і відмова;
- Спантиченість;
- Хвилювання;
- Відчуття присутності;
- Ілюзії.

Поведінка:

- Порушення сну;
- Порушення апетиту;
- Відволікаюча поведінка;
- Соціальна ізоляція;
- Уникнення спогадів про померлу людину;
- Пошуки і кликання на ім'я втраченої близької людини;
- Психомоторне збудження;
- Плач;
- Відвідування місць або перенесення предметів, які нагадують померлого;
- Зберігання речей, що належали померлому.



Етапи процесу горя

- Заперечення;
- Гнів;
- Ведення переговорів;
- Депресія;
- Прийняття.

Завдання під час опрацювання горя

Нижче наведено чотири найважливіші завдання в процесі скорботи, які необхідно виконати, щоб відновити баланс і завершити процес скорботи:

I Прийміть реальність втрати

Застрагання на цьому завданні може бути пов'язано з невірою у втрату через певний тип заперечення (Дорпат, 1973 цит. за Worden, 1991):

- **Факти втрат:** Заперечення фактів втрати може бути різним за ступенем від невеликого спотворення до повномасштабного маячіння. Дивним прикладом заперечення через маячінням є рідкісні випадки, коли людина тримає тіло померлого вдома протягом кількох днів, перш ніж сповістити когось про смерть. Ці люди здебільшого страждають від психотичних епізодів, ексцентричності або ізоляції (Gardiner & Pritchard cit. by Worden, 1991). Найчастіше людина піддається «муміфікуванню» (Gorer cit. by Worden, 1991), тобто зберігає матеріальні цінності померлого і зберігає їх такими, як вони були, коли померлий «повернеться».
- **Значення втрати:** Інший спосіб для людей захистити себе від реальності – заперечувати сенс втрати, дозволяючи втраті здаватися менш значною, ніж вона була насправді. Поширеними прикладами є такі заяви, як «він не був хорошим батьком» або «ми були не такі близькі», а також викидання речей, які нагадують померлого, діючи протилежно муміфікації, з метою мінімізації втрати. Вибіркове забуття – це ще один спосіб заперечення реальності втрати, наприклад, забуття хороших часів або обличчя померлого.
- **Неповоротність втрати:** Деякі люди перешкоджають виконанню цього завдання, заперечуючи, що смерть необоротна. Однією зі стратегій, що використовуються для



заперечення остаточності смерті, є спіритуалізм. Надія возз'єднатися з померлим є нормальним почуттям, особливо в перші дні та тижні після втрати. Однак хронічна надія на таку зустріч виходить за межі норми.

Для того, щоб прийняти втрату, потрібен час, оскільки це передбачає не тільки інтелектуальне, але й емоційне прийняття, причому останнє вимагає більше часу. Віра і недовіра чергуються, поки людина залишається на цьому завданні. Незважаючи на те, що вони неминуче потребують часу, традиційні ритуали, такі як похорон, допомагають багатьом рухатися вперед, визнаючи втрату.

II Працювати через біль втрати

Людина у скорботі повинна пережити біль, викликаний втратою, і якщо дозволити потерпілому уникнути або придушити цей біль, швидше за все, це продовжить процес скорботи (Parkes cit., Worden, 1991). Запереченням цього другого завдання є відсутність проживання. Люди можуть бойкотувати це завдання кількома способами, найпоширенішим є «вимкнути» почуття та заперечувати наявний біль.

Іншими можливими способами є намагання обмежувати думки про загиблого, ідеалізація померлого, уникнення речей, які нагадують померлого, вживання алкоголю чи наркотиків. Деякі люди не розуміють необхідності відчувати біль від страждань і спробувати географічне зцілення, тобто вони подорожують з місця на місце, намагаючись знайти полегшення від своїх емоцій, замість того, щоб дозволити собі відчути біль і знаючи, що одного разу він пройде. За словами Боулбі (цитуються за Worden, 1991), рано чи пізно більшість людей, які уникають свідомого дистресу, зазвичай впадають у певну форму депресії.

III Пристосування до середовища, де померлий відсутній

Пристосування до нового середовища має різне значення для різних людей, залежно від стосунків з померлим і різних ролей, які вони відігравали. Наприклад, для багатьох вдів, час, який потрібен, щоб усвідомити, як це жити без свого чоловіка, становить приблизно три місяці після втрати. Крім того, у будь-якому процесі скорботи дуже рідко можна знати, що саме було втрачено. У випадку вдови втрата чоловіка може означати втрату сексуального партнера, компаньйона, бухгалтера, садівника тощо, залежно від ролей, які зазвичай виконував її чоловік (Parkes cit., Worden, 1991).



Стратегія подолання втрати таким чином, щоб вона могла принести користь потерпілому, часто є частиною успішного виконання цього завдання. Наприклад, чоловік, який втратив дружину, яка мала одну з кількох ролей піклуватися про своїх дітей, починає вирішувати питання, пов'язані з дітьми, що приносить йому величезне задоволення і розуміє, що цього б не сталося, якби його жінка не померла.

Для людей, які визначають свою ідентичність через стосунки та турботу про інших, процес скорботи означає не тільки втрату близької людини, а й відчуття втрати себе (Zaiger cit. by Worden, 1991). Інша сфера пристосування стосується відчуття людиною світу, оскільки втрата може поставити під загрозу різні переконання та поставити під сумнів фундаментальні цінності. Таким чином, є три сфери пристосування, які необхідно створити після втрати когось із близьких: зовнішнє коригування (щоденне функціонування у світі), внутрішнє коригування (почуття себе) та коригування переконань (цінностей, переконання, міркування про світ).

Застрягання в цьому завданні означає, що немає пристосування до втрати. Крім того, вони не розвивають навички, необхідні для боротьби з втратою, або вони ізолюються від світу і не стикаються з вимогами, які їх оточують.

IV Зміна емоційної диспозиції померлого, і продовження життя

Людина ніколи не втрачає спогади про значущі стосунки. За словами Волкана (цит. за Уорден, 1991), процес скорботи закінчується, коли в померлого більше не виникає потреби відновлювати репрезентацію померлого з надмірною емоційною інтенсивністю в повсякденному житті.

У разі смерті партнера, готовність вступити в нові стосунки безпосередньо залежить від пошуку відповідного місця для померлого партнера в психологічному житті людини, що пережила втрату, місця, яке є важливим, але залишає простір для інших (Schuchler and Zisook cit. by Worden, 1991).

Один із способів не виконати це завдання – не любити. Людина чіпляється за зв'язок, який вона має з минулим, замість того, щоб рухатися вперед і створювати нові зв'язки. Деякі люди відчувають втрату настільки болісно, що укладають з собою договір ніколи більше не любити.

Для багатьох людей це найважче завдання, іноді вони застрягають в ньому і усвідомлюючи це набагато пізніше, виявляють, що їхнє життя застоюється після втрати. На думку Уолша і МакГолдрика (1998), надмірна ідеалізація померлої людини, відчуття нелояльності або катастрофічний страх нової втрати можуть блокувати формування нових прихильностей і



зобов'язань. Проте цього завдання можна досягти, і людина усвідомлює, що може повернутися до кохання, не перестаючи любити втрачену людину.

Критерії, запропоновані в DSM-V щодо ускладненого горя

Ускладнене горе класифікується в DSM-V як розлад, пов'язаний з травмою, з наступними запропонованими критеріями:

- A. Особа пережила смерть когось, з ким у неї були близькі стосунки.
- B. Після смерті принаймні один із наступних симптомів часто спостерігається на клінічному рівні і триває щонайменше 12 місяців після втрати у дорослих та 6 місяців у дітей:
 - Постійна туга за померлим. У дітей раннього віку це може виражатися в грі, включаючи поведінку, яка відображає відокремлення від фігур прихильності;
 - Сильний душевний біль у відповідь на смерть;
 - Переживання про померлого;
 - Стурбованість обставинами смерті. У дітей ця стурбованість може бути виражена в грі, а може бути виражена через занепокоєння, що інші близькі їм люди можуть померти.
- C. Після смерті принаймні шість з наступних симптомів часто спостерігаються на клінічному рівні і тривають щонайменше 12 місяців після втрати (6 місяців для дітей):
 - Виражені труднощі з прийняттям смерті. У дитини це залежить від здатності дитини сприймати смерть;
 - Відчуття недовіри або притуплення афекту з приводу втрати;
 - Труднощі з позитивними спогадами про померлого;
 - Гнів, пов'язаний з втратою;
 - Вина по відношенню до померлого або смерті померлого;
 - Надмірне уникнення спогадів про втрату, наприклад уникнення людей, місць або ситуацій, пов'язаних із померлим, у дітей може включати уникнення думок і почуттів щодо померлого;
 - Бажання померти, щоб бути з померлим;
 - Труднощі з довірою після смерті;
 - Почуття самотності або відриву від стосунків з іншими після смерті
 - Відчуття безглуздості життя або відчуття порожнечі після смерті, або переконання, що без померлого не можна функціонувати;



- Розгубленість щодо своєї ролі в житті або зниження почуття ідентичності, наприклад відчуття, що частина себе померла разом із померлим;
- Труднощі або небажання реалізовувати інтереси після втрати або будувати плани на майбутнє, наприклад, дружбу, діяльність.

D. Порушення викликає клінічно значущий дистрес або порушення в соціальних, професійних або інших важливих сферах функціонування.

E. Реакція скорботи непропорційна або не відповідає культурним, релігійним або віковим нормам.

Сприйняття смерті у дітей на протязі їхнього розвитку

Дошкільний вік

Діти асоціюють смерть з фазою великого смутку, оскільки це емоція, яка відображається для них у дорослих, але вони не розуміють, що вона не є незворотною. Ця нездатність уявити незворотність смерті викликає фантазії про повторне перебування з померлим не лише у вигляді несвідомого бажання, а в якості свідомої можливості. Для Мачадо (2006) дитина вірить у повернення померлого через факти, як-от мультфільми, які показують повернення в потойбічне життя, а також через пояснення, які батьки часто дають дітям, наприклад, кажучи, що померлий пішов відпочити, поспати або відправитися в далеку подорож.

У віці від п'яти до дев'яти років

Дитина будує уявлення про смерть як про щось незворотне, що виражається через запитання про долю померлого. Щодо поняття нефункціональності, то перш ніж розуміти смерть як припинення життєдіяльності, дитина розуміє це як біологічне функціонування, в основному когнітивних функцій. За Кюблер-Россом (1991) у віці шести років дитина має тенденцію до персоніфікації смерті, уявляючи її як наслідок дії третіх осіб з владою викликати її в іншого, що демонструє все ще лінійне розуміння причини, наслідків, а також схильність підходити до світу через конкретний погляд. Часто вважається, що смерті можна уникнути завдяки добрим вчинкам, оскільки вона сприймається як покарання за погану поведінку. Смерть сприймається як випадок, який може статися в інших.



Від дев'яти до дванадцяти років

Лише у віці від дев'яти до дванадцяти років, на переході від пізнього дитинства до підліткового віку, смерть усвідомлюється як універсальне, незворотне явище, спільне для всіх живих істот. Здатність розрізняти живих і неживих істот, поняття сталості, збереження та часу є набутками, які виявляються необхідними для розвитку правильної концепції того, що таке смерть.

Повідомлення про погані новини – Повідомлення про смерть

АСПЕКТИ ПОВІДОМЛЕННЯ СМЕРТІ (Baile et al, 2000)

ПОЧАТОК	Забезпечення конфіденційності, підтримка зорового контакту, виділення необхідного часу.
СПРИЙНЯТТЯ	Використовуйте те, що знає людина, виправляйте дезінформацію.
ІНФОРМАЦІЯ	Дати інформацію, сповістити про смерть.
ЗНАННЯ	Підтвердьте розуміння, але уникайте надмірної конфронтації.
ЕМОЦІЇ	Дозволити та підтвердити емоційну реакцію; виявляти співчуття.
КОУПІНГ	Стабілізуйте та сформулюйте стратегії подолання разом із знайомими.

Показання до повідомлення про смерть

- Важливо мати відповідне місце розташування. Виберіть тихе і затишне місце;
- Привітайте людину, назвіть своє ім'я та роль;
- Займіть правильне розташування відносно до потерпілого;
- Сідайте і попросіть присутніх сісти;
- Переконайтеся, що присутня найближча людина;
- Не варто повідомляти дитині новини:



- Переконайтеся, що є дорослий поруч із дитиною, щоб повідомити новину;
- Ніколи не використовуйте дитину як перекладача.
- Подивіться в очі. Зрештою, використовуйте фізичний контакт, наприклад, тримаючись за руки, поклавши руку на плече людини;
- Повідомляйте інформацію простим і прямим способом;
- Коротко підведіть підсумок події;
- Продовжуйте використовувати слова «мертвий» або «помер», якщо продовжуєте розмовляти з родиною;
- **Не звинувачуйте жертву** у тому, що ситуація склалася так, як вона сталася, навіть якщо вона була винна. Однак важливо нормалізувати почуття провини і відкрито поговорити про це з потерпілим;
- Будьте готові до того, як відреагує людина. Інтенсивні реакції на новини є нормальними;
- Будьте готові до того, що особа або особи, повідомлені, стануть емоційно декомпенсованими, і може виникнути агресія. Відповідайте на запитання чесно. Зберігати спокійну позу;
- Не надавайте більше деталей, ніж просять;
- Будьте чесними зі своїми відповідями.

Доречні вирази для використання

- Просто і прямо;
- Такі, що підтверджують та нормалізують почуття та реакції;
- Такі, що намагаються заспокоїти людину;
- Такі, що висловлюють чутливість до ситуації та розуміння страждань, які люди переживають. Приклади: «Мені шкода через вашу втрату»; «Це природно відчувати себе і мати таку реакцію»; «Я знаю, що це дуже важкий і болючий час для вас».



У тому випадку, якщо член сім'ї просить показати тіло

- Ви повинні супроводжувати члена сім'ї, який збирається це зробити, до місця, де знаходиться тіло;
- Підготуйте його заздалегідь з описом місця і того, що ви знайдете і побачите;
- Підготуйте його до стану, в якому він знайде тіло, наприклад: він буде здаватися блідим, холодним тощо;
- Не залишайте людину наодинці з тілом, якщо цього не попросять. У цьому випадку ви повинні повідомити, що ви біля дверей за всім необхідним.

Втручання з дітьми

Часті реакції

- Налякана дитина;
- Плач;
- Крики;
- Вразлива дитина;
- Ажитація;
- Дитина у стані шоку.

Показання для відновлення контролю з боку дитини

Для того, щоб дитина відновила відчуття контролю та передбачуваності ситуації, необхідно звернути увагу на різні аспекти:

Фізичне середовище

- **Вилучення дитини з дуже жорстоких сценаріїв**, поблизу людей із серйозними травмами або смертю, таким чином уникаючи впливу потенційно травматичних подразників;
- Повернення дитини в заспокійливу обстановку дуже важливе для її одужання і має відбуватися якомога швидше, але також якомога спокійніше;
- **Захистити** дитину від очей незнайомих і ЗМІ.



Батьки / Відповідальний дорослий

Батьки/відповідальні дорослі відіграють основну роль у допомозі дитині, оскільки знають її краще за всіх і є надійними людьми. Отже, враховуйте, що:

- По можливості, вона повинна бути близькою до дитини та у її полі зору;
- Батьки/відповідальні дорослі повинні запевнити дитину, що вони не підуть і не залишать її;
- Коли батьки/відповідальні дорослі занадто прагнуть допомогти, важливо надати їм адекватну та реалістичну інформацію, поради, допомогти їм у процесі самоконтролю та призначити їм активну роль у процесі допомоги дитині, щоб відчували себе корисними;
- Будьте орієнтиром і поясніть батькам/відповідальному дорослому, які перебувають з дитиною: дитина інстинктивно реагує «копіюванням», тобто вона буде формувати те саме ставлення та поведінку, що й інші дорослі, які для неї є орієнтиром. Таким чином, спокійні і впевнені в собі дорослі передають більше спокою, ніж тривожні або неконтрольовані. Поясніть це членам сім'ї або знайомим, які супроводжують дитину.
- Поясніть дитині, що, незважаючи на те, що батьки/опікуни засмучені ситуацією, вони все ще можуть поводитися з дитиною так само добре, як і до цієї ситуації.

Довіряйте професіоналам

- Представтесь і говоріть спокійно і тихо, але достатньо голосно, щоб дитина вас почула. Звертайтеся до дитини по імені;
- Говоріть на зоровому рівні дитини. При необхідності сядьте або встаньте на коліна біля дитини;
- Ніколи не поведіться і не говоріть так, ніби дитина не присутня або не розуміє вас, навіть якщо ваші дії чи спілкування спрямовані не на неї;
- **Не приховуйте таємниць від дітей**, тому що вони відчують, коли все йде не так. «Секрет» роботи з дітьми в надзвичайних ситуаціях — це вміти повідомити, що щось не так, але про них хтось подбає, і що незабаром усе заспокоїться та налагодиться. Якщо не знаєте, як відповісти, скажіть відверто, що не знаєте;
- Спілкуйтеся з дитиною так, щоб вона зрозуміла. Пам'ятайте, що дорослі повинні почути досвід дітей, іноді це може зайняти багато часу, що діти могли вичерпно розказати, про що вони переживають. Але дітям не обов'язково знати всі деталі



переживань дорослих;

- Можна запропонувати іграшку, щось символічне;
- **Стосовно інформації**– діти хочуть і повинні мати інформацію про те, що сталося і що робиться для вирішення ситуації.

Контроль за процесом

Дитина переживає, що буде далі. За допомогою відповідального дорослого весь процес має бути пояснений мовою, адаптованою до рівня їхнього розвитку.

Так:

- Повідомте дитині, що вона не покарана за якийсь свій вчинок;
- По можливості і якщо необхідно провести медичну процедуру дитині, дозволяйте дитині погратись з інструментами, які будуть використовуватися;
- **Завжди пояснюйте дитині, що ви збираєтеся робити**, особливо якщо це інвазивна процедура. Максимально опишіть те, що вона побачить, почує, понюхає і відчує. Але будьте обережні з мовою, наприклад, треба говорити «Ти можеш відчутти наче тобі жарко», а не: «Буде пекти!»;
- Звертайте увагу на мову, що використовується, відповідаючи рівню розвитку та розуміння дитини;
- Будьте чесними з дитиною, якщо ви не знаєте, як йому відповісти, скажіть щиро: «Я не знаю»;
- Просіть дитину про допомогу, наприклад, потримати інструмент, компрес тощо;
- По можливості дозволяйте дитині приймати якісь рішення, наприклад, у якій позі він хоче перебувати під час втручання, в який палець хоче вколоти;
- У більш складних процедурах, якщо це можливо, може допомогти запросити дитину змодельовати процедуру на ляльці, взявши на себе роль лікаря.

Самоконтроль

Щоб допомогти дитині набути самовладання, доречно вдатися до:

- **техніки релаксації**, наприклад техніка діафрагмального дихання, техніка розслаблення м'язів, робота з образами в уяві, все залежить від віку дитини;



- **Стратегії відволікання**, наприклад, подивіться на монітор і скажіть, коли є якась зміна у показниках, порахуйте від нуля до десяти і від десяти до нуля, поговоріть на тему, яка подобається дитині;
- Стратегії зміни значення болю, намагаючись змусити дитину асоціювати біль з позитивним процесом загоєння, наприклад: «Цей біль — це рана, яка загоюється, закривається»;
- Стратегії зміцнення/оцінки ставлення до контролю та співпраці.

Втручання з професіоналами

Наслідки постійного впливу на рятувальників важких сценаріїв

Кумулятивне горе (Маріно, 1998)

Це визначається як емоційна реакція на кілька епізодів Гора. Складається з:

- Заперечення;
- Відчуття зниження компетентності;
- Низька самооцінка;
- Надмірна заклопотаність епізодами смерті.

Вигорання (Маслач і Джексон, 1986)

Визначається як реакція на тривалий вплив емоційних та міжособистісних стресових факторів на робочому місці. Складається з таких частин:

- Емоційне виснаження: зниження енергії, відчуття виснаження;
- Деперсоналізація: негативна реакція та надмірна дистанція від інших людей;
- Зниження професійних досягнень: відчуття зниження компетенції та успіху на роботі.

Втома від співчуття (Фіглі, 2003)

Воно визначається як специфічний тип вигорання, спричинений необхідністю реагувати на безперервні повідомлення про страждання, що також спричиняє страждання у осіб, які здійснюють догляд, спричиняючи прогресуюче зниження емпатійної реакції. Складається з:

- Почуття безвиході, безпорадності;



- Спантиченість;
- Почуття ізоляції від інших;
- Вторинні травматичні стресові реакції.

Задоволення від співчуття (Phelps et al. 2009)

Визначається як здатність відчувати задоволення від процесу допомоги іншому. Складається з наступних частин:

- Відчуття задоволення від втручань, які є «дуже сильними» з емоційної точки зору. Виконання роботи, пов'язаної з травмою, може призвести до відчуття сили, самосвідомості, довіри, духовного зв'язку та поваги до людської стійкості.

Опосередкована (заміщуюча) травматизація (McCann & Pearlman, 1990)

Визначається як трансформація особи, яка проводить втручання з жертвами травми, і є результатом її емпатичного зв'язку з жертвами, які повідомляють про травматичний досвід.

Спеціаліст в таких випадках може зазнавати таких змін:

- Неконтрольовані почуття;
- Екзистенційна самотність;
- Незадоволення особистих потреб;
- Вплив на інтелектуальне функціонування, пам'ять;
- Відсутність мотивації;
- Втрата почуття гумору;
- Втрата здатності мати самозахисні думки.

Етапи втручання з фахівцями екстреної допомоги

До кризової ситуації

- Критерії відбору – експерти вважають, що можна знизити ризик розвитку психопатології, якщо вони наймуть працівників з відносно високим ступенем стійкості, щоб вони не були легко піддані стресу (Impact, 2012). Так само згадується, що працівники, які до вступу в професію вже переживали бігато критичних подій, більш схильні до травматизації (Impact, 2012);



- Адекватна освіта та навчання;
- Використання інструктажів;
- Психосвіта;
- Управління стресом;
- Самоусвідомлення своїх сильних і вразливих сторін.

Під час кризової ситуації

- Підтримка соціальної групи;
- Допомога фахівцям визначити і керувати сильними емоціями;
- Ротація між роботами з різними рівнями впливу;
- Оновлена інформація;
- Моніторинг стресових реакцій;

Після кризової ситуації

- Підтримка соціальної групи;
- Самоконтроль і нормалізація стресових реакцій;
- Методики управління стресом;
- Заохочення пошуку мереж соціальної підтримки;
- За потреби звернення до фахівців із психічного здоров'я.



МОДУЛЬ 6 – САМОДОПОМОГА І ОБМЕЖЕННЯ ІНТЕРВЕНТА

Фази втручання

До інтервенції

Приймаючи рішення про те, чи підходите ви для проведення втручань у ситуації стихійного лиха, ви повинні враховувати свій рівень комфорту під час даної події, а також ваші поточні обставини. До них належать:

- Міркування щодо здоров'я;
- Сімейні міркування;
- Міркування, пов'язані з роботою.

Під час інтервенції

Треба робити	НЕ треба робити
<ul style="list-style-type: none">● Винагороджуйте свої зусилля;● Подумайте про механізми подолання, які допомагали вам у минулому і які ви можете використовувати зараз;● Знайте свої межі: уникайте роботи з великою кількістю постраждалих в одну зміну;● Працюйте в команді, запитуйте, що вони відчувають, і попросіть їх стежити за вами;● Робіть перерви, навіть якщо вони короткі, для їжі та відпочинку;● Користуйтеся підтримкою однолітків і наглядом;● Будьте гнучкими, терплячими та толерантними;● Прийміть, що ви не можете змінити все.	<ul style="list-style-type: none">● Тривалі періоди роботи на самоті, тобто без колег;● Робота без перерв; Негативна розмова з собою, яка підсилює почуття некомпетентності;● Надмірне вживання їжі або використання психоактивних речовин як форми підтримки; Поширені перешкоди на шляху до самопомоги:<ul style="list-style-type: none">➢ «Я був би егоїстом, якби зробив перерву»;➢ «Якщо інші працюють 24 години, я також повинен працювати 24 години поспіль»;➢ «Потреби тих, хто вижив, важливіші за мої»; «Я відпочину лише тоді, коли зроблю X, Y, Z».



Після інтервенції

Треба робити	НЕ треба робити
<ul style="list-style-type: none">● Мати підтримку і підтримувати інших;● Планувати час на відпустку;● Підготуватися до змін у світогляді, які можуть не мати резонансу з членами вашої родини;● Звернутись за допомогою, якщо реакції на екстремальний стрес зберігаються протягом 2-3 тижнів;● Збільшувати активності, що подобаються, фізичні вправи і управління стресом;● Звернути увагу на їжу та своє здоров'я;● Проводити час з важливими людьми;● Практикувати правильний режим сну;● Давати час для особистих роздумів;● Розказати про свої проблеми або написати про них у щоденнику;● Поміркувати і визначити те, що ви зробили добре, аспекти, які потрібно покращити, і межі того, що ви могли б зробити за цих обставин.	<ul style="list-style-type: none">● Вживати алкоголь, заборонені наркотики або призначені ліки у великій кількості;● Суттєво змінювати своє життя протягом першого місяця;● Знецінювати власну роботу з постраждалими;● Бути занадто зайнятим.



Модель першої допомоги при стресі

Нижче описана модель (адапована з Першої допомоги при стресі, Національний центр посттравматичних стресових розладів), враховуючи різні стани та їх визначення, характеристики та причини або різні типи (якщо застосовно).

- **Здібний (зелений)**
 - *Визначення:* Оптимальне функціонування, розвиток і здоров'я.
 - *Характеристики:*
 - В найкращому вигляді
 - Добре навчений і підготовлений
 - Контрольований
 - Пристосований фізично, розумово, духовно
 - Зосереджений на місії
 - Мотивований
 - Спокійний
 - Здатний веселитись
 - Етична поведінка
- **У стані реагування (жовтий)**
 - *Визначення:* Дистрес та помірно та тимчасове зниження функціонування, зникає самостійно, Низький ризик.
 - *Характеристики:*
 - Дратівливість, занепокоєння, «пригніченість»
 - Втрата мотивації
 - Не зосереджений
 - Труднощі зі сном
 - Напруга м'язів або інші фізичні зміни
 - Не розважливий
 - *Причини:* будь-який стресор
- **Уражений/зраний (помаранчевий)**
 - *Визначення:* Дистрес і більш серйозне і стійке зниження функціонування, залишає «шрам», високий ризик.
 - *Характеристики:*
 - Втрата контролю
 - Паніка, гнів або депресія
 - Не відчувайте себе так само, як раніше
 - Надмірна провина, сором, звинувачення
 - *Причини:* Ризик життя, втрати, внутрішні конфлікти та втома.
- **Хворий (червоний)**
 - *Визначення:* Психічні розлади, дезадаптивне функціонування.
 - *Характеристики:*
 - Симптоми зберігаються або посилюються з часом
 - Сильний дистрес або серйозні порушення через соціальну чи трудову діяльність



- Типи: ПТСР, депресія, тривога та зловживання психоактивними речовинами.

Сім основних дій моделі ППД (адаптовано з Першої допомоги при стресі, Національний центр ПТСР)

Дії PSS	МОЖЛИВІ ДІЇ
Перевірка	<ul style="list-style-type: none">● Оцінити рівень страждань і функціонування;● Оцінити безпосередні ризики;● Оцінити необхідність направлення на медичне обслуговування;● Повторно оцініть прогрес.
Координація	<ul style="list-style-type: none">● Вирішіть, кого також слід поінформувати;● При необхідності направлення на медичне обслуговування;● Полегшити доступ до іншого необхідного догляду.
Захист	<ul style="list-style-type: none">● негайно забезпечити фізичну безпеку особи або інших осіб;● Сприяти відчуттю психологічної безпеки та комфорту;● Захистіть від додаткових навантажень (забезпечте відпочинок).
Заспокоєння	<ul style="list-style-type: none">● Зменшення фізіологічної активації (зменшення тахікардії та частоти дихання, розслаблення);● Зменшити інтенсивність «негативних» емоцій, таких як страх або гнів;● З емпатією слухайте людину, яка розповідає про свої переживання;● Дайте обнадійливу інформацію.
Зв'язок	<ul style="list-style-type: none">● Заохочуйте спілкування з найближчими вам людьми;● Допомога у вирішенні проблем з метою усунення перешкод для соціальної підтримки;● Сприяти позитивній соціальній діяльності на робочому місці.
Компетентність	<ul style="list-style-type: none">● Допоможіть людині повернутися до нормального функціонування;● Полегшити роботу, яка є позитивним підкріпленням, і навчання/навчання, якщо це необхідно;● Заохочуйте поступовий вплив потенційно стресових ситуацій.
Довіра	<ul style="list-style-type: none">● Повернути людину до її впевненості в собі, лідерства, місії та основних цінностей;● Виховувати довіру колег та родини до людини.



ПЕРША ДОПОМОГА ДЛЯ ПІДТРИМКИ КОЛЕГ

Спершу потрібно перевірити, потім вирішити проблему і, нарешті, визначити, яке втручання найбільше потрібно в умовах:

- *Занепокоєння*: Заспокоюйте, захистіть і надайте компетентність
- *Провина/Сором*: Спокій, компетентність, довіра та зв'язок
- *Проблеми зі сном*: Спокійний, компетентний і координований
- *Ізоляція*: Довіряйте та підключайтеся
- *Нездатність функціонувати*: Координація



БІБЛІОГРАФІЯ КУРСУ

- Ajduković, D (1997): Levels of psychosocial assistance to returnees. Paper presented at the international conference "Psychosocial support in post war communities", Graz, Austria, April 17-20.
- Ajduković, D., Ajduković, M. (2003) Systemic approaches to early interventions in a community affected by organized violence. In: R. Ørner and U. Schnyder (Eds.) Reconstructing early interventions after trauma. Oxford: Oxford University Press, 82-92.
- Alexander & Sagramola (2014). Guidelines for Assisting People with Disabilities during Emergencies, Crises and Disasters. European and Mediterranean Major Hazards Agreement.
- American Psychiatric Association (2013). DSM-5.
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gloger G, Beale EA, Kudelka AP(2000). SPIKES-A sixstep protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 5(4):302-11.
- Bonanno, G. A. 2005. Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science* 14 (3): 135–138.
- Bonanno, G. A. 2004. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist* 59 (1): 20-28.
- Brady, K. T. (1997). Posttraumatic stress disorder and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD. *J Clin Psychiatry*. 58(9), 12-5.
- Breslau N, Peterson EL, Shultz LR. A Second Look at Prior Trauma and the Posttraumatic Stress Disorder Effects of Subsequent Trauma. *Archives of General Psychiatry*. 2008;65:431–437.
- Brymer, M. et al. (2005). *Psychological First Aid: Field Operations Guide*. New York: The National Center Child Traumatic Stress – Terrorism and Disaster Branch - and National Center for PTSD.
- Brymer, M, Jacobs, A, Layne, C, Pynoos, R, Ruzek, J, Steinberg, A, et al. (2006). *Psychological First Aid: Field operations guide (2nd ed.)*. Los Angeles: National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD. <http://www.nctsn.org/content/psychological-first-aid>.
- CAPIC (2013). *Manual de apoio do curso avançado de psicologia de emergência*. Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Caplan, G. (1961) *Prevention of Mental Disorders in Children*. New York: Basic Books.
- CRED (2009). *Centre for Research on the Epidemiology of Disasters. Disaster Category Classification and peril Terminology for Operational Purposes*.
- Chemtob, C.M., *Posttraumatic Stress Disorder, Trauma and Culture (1996) International Review of Psychiatry, Volume 2, Capítulo 11*.
- De Wolf e Doosje (2013). *SAFIRE Project: A Scientific Approach to Finding Indicators and Responses to Radicalisation*.



- Everly, G. & Mitchell, J. (1999). Critical incident stress management: A new era and standard of care in crisis intervention (2nd Ed). Ellicott City, MD: Chevron Publishing.
- Fonseca, 2011. Crescimento Pós-traumático: O impacto de falar sobre os aspectos positivos de uma experiência traumática. Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Ahern, J., Susser, E., Gold, J., Bucuvalas, M., Kilpatrick, D. (2003). Trends of Probable Post-Traumatic Stress Disorder in New York City after the September 11 Terrorist Attacks. American Journal of Epidemiology. 158, 6.
- Halligan, S. L. & Yehuda, R. (2000). Risk Factors for PTSD. The National Center for PostTraumatic Stress Disorder, 11 (3), pp. 1-3.
- Hill, 2009. Victimization, Resilience and Meaning-Making: Moving Forward in Strength. Victims of Crime Research Digest, Issue No. 2.
- Impact (2012). Guidelines psychosocial support for uniformed workers: Extensive summary and recommendations.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC.
http://www.who.int/mental_health_psychosocial_june_2007.pdf
- Juen, B. (2014). State of the Art on Psychosocial Interventions after Disasters. OPSIC.
- Kübler-Ross, Elisabeth (1969). On death and dying. London. Tavistock Publications.
- Kübler-Ross, Elisabeth (1991). Sobre a Morte e o Morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 4ª Edição, Editora Martins. São Paulo, Brasil.
- Kuntz, I. & Bleich, A. (2004). Mental health interventions in a general hospital following terrorist attacks: The Israeli experience. In: The trauma of terrorism: Sharing knowledge and shared care. Yael Danieli, Danny Brom and Joe Sills. Haworth. Journal of Agression, Maltreatment and Trauma.
- Lillibridge, E. M., & Klukken, P. G. (1978) Crisis Intervention Training. Tulsa, OK: Affective House.
- Machado, A. (2006). Como lidar as crianças com a morte/luto. Revista nº 67 sinais vitais, julho, pp. 45-50.
- Moghaddam, F., (2005). The Staircase to Terrorism: A Psychological Exploration. American Psychological Association. Vol. 60, No. 2, 161–169
- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press.
- NATO (2009). Guidance for Responding to the Psychosocial and Mental Health Needs os People Affected by Disasters or Major Incidents.



- NHS (2011). Bereavement Support Working Group. London. NHS Publications.
- Ommeren, M., V. Saxena, S., & Saraceno, B. (2005). Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? *Bulletin of the World Health Organization*, 83 (1), pp. 71-77.
- OMS (2011). Psychological first aid: Guide for field workers.
- OMS (2013). Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress.
- Polk, D. & Mitchell, J. (2008). Prehospital Behavioral Emergencies And Crisis Response (Continuing Education) by American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS), pp 110.
- Poseck, B. V., Baquero, B. C., & Jiménez, M. L. V. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Raphael, B., et al. (2000). Disaster mental health response handbook: An educational resource for mental health professionals involved in disaster management. North Sydney: Centre for Mental Health and Parramatta: NSW Institute of Psychiatry.
- Roberts (2005). Crisis Intervention Handbook: assessment, treatment, and research (3rd ed.), Oxford University Press.
- Rodriguez, P. D. A. (2008). Resistencia, resiliencia y crecimiento postraumático: Elementos para una mirada comprensiva y constructiva de la respuesta al trauma.
- Ruzek, J., Young, B., Cordova, M., & Flynn, B. (2004). Integration of Disaster Mental Health Services with Emergency Medicine. *Prehospital and Disaster Medicine*, 19 (1), pp. 46-53.
- Seymour, A., Murray, M., Sigmon, J., Hook, M., Edmunds, C., Gaboury, M., Coleman, G. "Chapter 14: Victimization of the elderly". In 2000 National Victim Assistance Academy Manual.
- Schnurr, P. P., Spiro, A., III, Aldwin, C. M., and Stukel, T. A. (1998). Physical symptom trajectories following trauma exposure: Longitudinal findings from the Normative Aging Study. *J. Nerv. Ment. Dis.* 186: 522–528.
- TENTS-TP (2008). The European Network for Traumatic Stress.
- UNISDR (2009). United Nations Office for Disaster Risk Reduction. Global assessment report on disaster risk reduction.
- U.S. Department of Health and Human Services (2003). Developing Cultural Competence in Disaster Mental Health Programs: Guiding Principles and Recommendations.
- Vázquez, C., Castilla, C., & Hervás, G. (2008). Reacciones frente el trauma: vulnerabilidad, resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (Ed.), *Las Emociones Positivas* (pp. 375-392). Madrid: Pirámide.
- Walsh, F. & McGoldrick, M. (1998). A Family Systems Perspective on Loss, Recovery and Resilience. In P. Sutcliffe, G. Tufnell & U. Cornish (Eds.), *Working with the Dying and the Bereaved*. London: MacMillan Press Ltd.



Williams, R. 2007. The psychosocial consequences for children of mass violence, terrorism and disasters. *International Review of Psychiatry* 19(3): 263 – 277.

Worden, J. (1991). *Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner* (2nd ed.). London: Routledge.

World Health Organization (2010). *mhGAP Intervention Guide for Mental Health, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings*. Geneva: WHO Mental Health Gap Action Programme. http://www.who.int/mental_health/mhgap

Worowitz et al. (1980). Pathological grief and the activation of latent self images. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1157-1162.

Worowitz et al. (2003). Diagnostic Criteria for Complicated Grief Disorder. *Focus*, Vol. 1, No. 3.

Young, B., Ford, J., Ruzek, J., Friedman, M., & Gusman, F. (2001). *Disaster mental health services: A guidebook for clinicians and administrators*. California: The National Center for Post-traumatic Stress Disorder - Department of Veterans Affairs.

Курс: Психологічне втручання в катастрофі

Експерт і автор: Марсіо Перейра

Організація з підготовки та просування: Асоціація португальських психологів

Переклад і редагування: Ольга Орел, Наталія Гольонко, Ольга Гевюк



ВСІ ПРАВА ЗАХИЩЕНІ.