ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В ГОСТРИХ СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ

Навчально-практичний посібник

УДК 159.944.4(07)
П27

Авторський колектив:
Моргунов О.А., д-р юрид. наук, проф. – підрозділ 1.1 (у співавторстві з Харченко С.В.); загальна редакція;
Федоренко О.І., д-р пед. наук, проф. – підрозділи 3.1–3.13 (у співавторстві з Доценко В.В.);
Мілорадова Н. Е., д-р психол. наук, проф. – підрозділи 1.2, 2.1–2.9;
Харченко С. В., канд. психол. наук, доц. – підрозділ 1.1 (у співавторстві з Макаровою О.П., Макаренком П.В.), підрозділ 1.4. (у співавторстві з Доценко В.В.);
Доценко В.В., канд. психол. наук, доц. – підрозділ 1.4. (у співавторстві з Харченко С.В.), підрозділи 3.1-3.13 (у співавторстві з Федоренко О.І.);
Макарова О.П., канд. психол. наук, доц. – підрозділ 1.1 (у співавторстві з Харченко С.В., Макаренком П.В.);
Макаренко П.В., канд. психол. наук, доц. – підрозділ 1.1 (у співавторстві з Харченко С.В., Макаровою О.П.);
Медведєва О.В., канд. соціол. наук, доц. – підрозділ 1.3 (у співавторстві з Червоним П.Д.).;
Червоний П. Д., канд. пед. наук, доц. – підрозділ 1.3 (у співавторстві з Медведєвою О.В.).

Рецензенти:

ОСЬОДЛО Василь Ілліч
доктор психологічних наук, професор, начальник гуманітарного інституту Національного університету оборони України імені Івана Черняховського (м. Київ)

ЛАРІОНОВ Станіслав Олександрович
кандидат психологічних наук, доцент, начальник кафедри психології та педагогіки гуманітарного факультету Національної академії Національної гвардії України (м. Харків)

Рекомендовано до друку
Вченою радою Харківського національного університету внутрішніх справ (протокол № 12 від 29.11.2022)

© Авторський колектив, 2022
ISBN 978-617-7923-05-2 © Харківський національний університет внутрішніх справ, 2022

РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ СТРЕСОВУ ПОДІЮ

3.1. Надання ППД особам з агресивною поведінкою

Агресія (від лат. aggressio – напад) – це фізична або словесна поведінка людини, спрямована на пошкодження або зруйнування.

Що робити?

• Максимально обмежте кількість оточуючих.

• Дайте потерпілому можливість «випустити пару» (виговоритися, розбити непотрібний предмет).

• Доручіть йому роботу, пов'язану з високим фізичним навантаженням.

• Демонструйте доброзичливість. Навіть якщо ви не згодні з потерпілим, не звинувачуйте його самого, а висловлюйтеся з приводу його дій. Інакше агресивна поведінка буде спрямована на вас.

• Якщо не надати допомогу розлюченій людині, це призведе до небезпечних наслідків: через зниження контролю за своїми діями, людина здійснюватиме необдумані вчинки, може завдати каліцтва собі та іншим.

Таблиця 3.1.

Агресивна поведінка	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки:	Перший рівень
Роздратування, невдоволення, гнів, які особа не здатна стримувати.	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії потрібно виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Агресія, не прив'язана до конкретного предмету, може бути перенесена на будь-кого чи будь-що, привід неважливий. Завдавання оточуючим ударів руками, ногами, використання будь-яких предметів для підвищення «руйнівної сили», неконтрольоване прагнення знищити вщент, нездатність зупинитися.	Спробуйте перервати агресію будь-якою нейтральною пропозицією активної дії.

Продовж. табл. 3.1

Словесні образи, прискіпливість, лайка, пошук приводу, щоб виплеснути лють.	Використайте вправу «Захоплення»: просуньте свої руки під пахви потерпілого, пригорніть його до себе й злегка потягніть на себе (поясніюйте потерпілому, що ви робити, щоб ваші дії не сприйняли, як напад і привід до бійки).
М'язове напруження: пружинна хода, можливо незначний тремор рук, ніг від напруження, різкі рухи (нездатність робити плавні рухи), напружені м'язи обличчя. Мова різка, містить багато емоційних компонентів.	Демонструйте доброзичливість, не сперечайтесь, не звинувачуйте, навіть якщо ви не згодні з потерпілим – не давайте йому приводу для розгортання суперечки.
Підвищення кров'яного тиску: спочатку обличчя може почервоніти, а із загостренням стану – збліднути; набухання вен та артерій на шиї та руках.	Допоможіть постраждалому усвідомити своїпочуття і тим самим оволодіти ними і собою. Зверніть його увагу на те, що він відчуває: «Ви злитеся, хочете розтрощити все вщент. Давай разом подумаємо, як нам виходити з цієї ситуації…».
	Коли напад люті взято під контроль, але зберігається збудження, то доцільно використати засоби релаксації, заспокійливе дихання (глибокий вдих у живіт і повільний видих), вправи на розтягування м'язів, які знімають напруження та відпочинок, якщо бурхлива реакція призвела до нервового виснаження. За можливості спілкуватися з батьками, якщо це дитина.
	Другий рівень
	Визначити небезпечність дій постраждалого для оточуючих і його самого. За потреби прийняти рішення щодо здійснення заходів ізоляції чи постійного нагляду аби не стався суїцид.

Продовж. табл. 3.1

	Третій рівень
	Навчання засобам контролю гніву.
	Навчання релаксаційним вправам та заспокійливому диханню як способам зниження напруження, збудження.
	Під час тривалого збереження підвищеного м'язового тонусу, збудження, які заважають засинанню – рекомендації із покращення засинання.

3.2. Надання ППД особам з ознаками ступору

Ступор – стан нечутливості, отупіння, нерухомості в людини, який виникає при психічних захворюваннях, отруєннях, травматичних ушкодженнях мозку та інше.

Як виглядає? Людина занурена у себе, слабо реагує або не реагує на зовнішні подразники. Вона може «застрягати» у дивних позах та зберігати їх тривалий час.

Що робити?

• Долоню вільної руки покладіть на груди потерпілого і керуйте його диханням.

• Людина, перебуваючи в ступорі, може чути і бачити. Тому необхідно будь-якими засобами досягти реакції потерпілого, вивести його із заціпеніння, наприклад, говорити йому на вухо тихо, повільно і чітко те, що може викликати сильні емоції (можна негативні).

• Постійно розмовляйте з людиною. Наполягайте на тому, щоб вона виконувала прості дії (стискала вашу долоню, кивала, згинала руки, відповідала на прості питання).

• Легкий масаж плечей, потилиці, стискання рук потерпілого.

Таблиця 3.2

Ступор	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Повне нервове виснаження, відсутність сил для контакту з навколишнім світом, байдужість.	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.

Продовж. табл. 3.2

Різке зниження або повна відсутність довільних рухів та мови.	
Відсутність реакції на зовнішні (шум, світло, дотик) подразники (очі не фокусуються на об'єктах, немає реакції повороту голови на звуки, немає зміни міміки та емоційного відгуку на будь-які за змістом повідомлення).	Допоможіть постраждалому отримати доступ до власних внутрішніх ресурсів сили, підвищити тонус: помасажуйте потерпілому точки на чолі над очима, рівно посередині між лінією росту волосся і бровами, чітко над зіницями.
«Заціпеніння» у певній позі, стан повної нерухомості.	Намагайтесь будь-яким способом домогтись реакції від потерпілого. Людина в ступорі може чути і бачити, тому чітко, тихо, повільно говоріть їй те, що може викликати в неї сильні емоції (навіть якщо ці емоції негативні).
	Другий рівень
	Оцінити здатність постраждалого турбуватися про себе. Прийняти рішення щодо потреби у закріпленні особи, яка буде наглядати за ним.
	Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів щодо потреби ізоляції чи постійного нагляду психологічної або медичної допомоги
	Третій рівень
	Консультація з метою визначення психологічних особливостей, які стали підґрунтям для реагування на стресову ситуацію ступором (особливості структури ціннісно-мотиваційної сфери, які знижують здатність перерозподіляти психічну енергію, залучати психологічні ресурси із зовні).

Продовж. табл. 3.2

	Консультація щодо здатності використовувати додаткові психологічні ресурси в екстремальних умовах (самомотивація, самонавіювання, приєднання мети діяльності, яка здійснюється, до більш важливої цілі (надання додаткового сенсу), масаж біологічно активних точок, покращення фізичної форми (фізичної витривалості за допомогою кардіовправ та вправ на координацію) – можливі внутрішні ресурси. Порадити батькам/близьким щодо покращення стосунків (уважного ставлення) в родині – (зовнішній ресурс). Навчання вправам, що суб'єктивно знижують гостроту переживання небезпеки, наприклад, «Безпечне місце».
	Консультація з метою визначення психологічних особливостей, які стали підґрунтям для реагування на стресову ситуацію ступором (особливості структури ціннісно-мотиваційної сфери, які знижують здатність перерозподіляти психічну енергію, залучати психологічні ресурси із зовні тощо).

3.3 Надання ППД особам з ознаками апатії

Апатія (байду́жість) – хворобливий стан, байдуже ставленням до навколишнього, зникнення зовнішніх проявів емоційних реакцій.

Як виглядає? Людина занурена у себе, слабо реагує або не реагує на зовнішні подразники.

Що робити?

• Постійно тримати в полі зору, щоб він не заподіяв собі шкоди.

• Намагатись привернути увагу і змусити взаємодіяти з вами.

• Ставити прості питання: «Як тебе звати?», «Хочеш їсти?».

• Відвести від місця події, допомогти зручно влаштуватися.

• Утримувати фізичний контакт.

• Якщо немає можливості відпочити (подія на вулиці, в громадському транспорті), то більше розмовляйте з потерпілим, залучайте його до будь-якої спільної діяльності.

Таблиця 3.3

<table>
<tr><td>Апатія</td><td>Психологічні та організаційні заходи</td></tr>
<tr><td>Ознаки</td><td>Перший рівень</td></tr>
<tr><td>Байдуже ставлення до оточення.</td><td rowspan="2">Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.</td></tr>
<tr><td>Рухи мляві, загальмовані.</td></tr>
<tr><td rowspan="6">Мова уповільнена із паузами.</td><td>Проведіть потерпілого до місця відпочинку, допоможіть зручно влаштуватися (за можливістю знявши взуття).
Дайте потерпілому поспати або просто полежати.
Напоїть постраждалого солодким чаєм, дайте шоколад (енергетичні батончики тощо), іншу їжу, яка дозволяє відновити сили.</td></tr>
<tr><td>Другий рівень</td></tr>
<tr><td>Оцінити здатність постраждалого турбуватися про себе. Прийняти рішення щодо потреби у закріпленні особи, яка буде наглядати за постраждалим.</td></tr>
<tr><td>За потреби прийняти рішення про додаткове харчове забезпечення, що містить глюкозу.</td></tr>
<tr><td>Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим.
Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.</td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td>Третій рівень</td></tr>
<tr><td>Консультація з метою визначення психологічних особливостей, які стали</td></tr>
</table>

Продовж. табл. 3.3

	підґрунтям для подібного реагування на стресову ситуацію (особливості структури ціннісної, мотиваційної сфери, які не дозволяють перерозподіляти психічну енергію, залучати психологічні ресурси із зовні тощо). За потреби направити на позачерговий огляд лікаря-психіатра.
	Консультація щодо здатності використовувати додаткові психологічні ресурси в екстремальних умовах (самомотивація, самонавіювання), приєднання мети діяльності, що здійснюється, до більш важливої цілі (надання додаткового сенсу), масаж біологічно активних точок, покращення фізичної форми (фізичної витривалості за допомогою фізичних вправ та вправ на координацію) – можливі внутрішні ресурси; порада щодо покращення стосунків в родині(уважного ставлення) – можливі зовнішні ресурси.
	Навчання заходам тайм-менеджменту – здатності правильно планувати час, організовувати свою діяльність як профілактика фізичного і нервового виснаження.

3.4 Надання ППД особам з ознаками рухового збудження, дезорієнтації

Як виглядає? Людина знаходиться у стані крайнього збудження, постійно рухається, може поводитись агресивно.

Що робити?

• Ізолюйте потерпілого від оточення.

• Говоріть спокійним голосом про почуття, які він переживає («Тобі хочеться, щоб це припинилося? Ти хочеш втекти, сховатися від того, що відбувається»?)

• Не сперечайтеся з потерпілим, не ставте запитань, у розмові уникайте фраз з часткою «не» («Не біжи», «Не вимахуй руками», «Не кричи»).

• Пам’ятайте, що потерпілий може завдати шкоди собі та іншим.

• Рухове збудження зазвичай триває недовго і може змінитися нервовим тремтінням, плачем, а також агресивною поведінкою.

Таблиця 3.4

Рухове збудження, дезорієнтація	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Втрата орієнтації в навколишньому світі (нерозуміння, що відбувається, де свої, а де вороги, де небезпека, а де порятунок).	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати із урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Відсутність реагування на соціальне оточення (не реагує на зауваження, прохання, вмовляння, накази).	Дати можливість «випустити пару» (наприклад, поколотити «грушу», пробігти певну дистанцію в максимальному ритмі).
Різкі, безцільні, безглузді рухи	Прибрати зайвих «глядачів», оточуючих людей, які своїми діями можуть спровокувати перехід рухового збудження в агресивну поведінку чи у подальшому актуалізувати у постраждалого почуття сорому (і стати підґрунтям для розвитку посттравматичних стресових реакцій). Не сперечатися, не ставити запитань, не надавати команд, які починаються з «не», наприклад: «Не біжи», «Не розмахуй руками», «Не кричи», оскільки це ще більше дезорганізує постраждалого: свідомість спочатку сприймає назву дії, а потім її заперечення, вказівку на потребу утриматися від неї (це гальмівна функція волі), а при руховому збудженні воля не виконує гальмівної функції, тому команди з «не» лише погіршують стан постраждалого.

Продовж. табл. 3.4

Ненормальна голосова та мовна активність (голос високий, говорить швидко, безглуздо).	Допомогти постраждалому усвідомити свої почуття і тим самим оволодіти ними і через них собою. Вкажіть йому на те, що він відчуває, спокійним голосом: «Ти відчуваєш потребу щось робити, щоб все це закінчилося/Ти хочеш сховатися від того, що відбувається …».
	Помасажуйте постраждалому «позитивні» точки для покращення психічного стану. Після відновлення здатності орієнтуватися в ситуації за збереження високої фізичної активності запропонувати постраждалому роботу з фізичним навантаженням.
	Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів щодо потреби в ізоляції чи постійного нагляду, психологічної або медичної допомоги.
	Другий рівень
	Оцінити здатність постраждалого орієнтуватися в ситуації, контролювати свою поведінку. Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.
	Третій рівень
	Консультація з метою визначення психологічних особливостей, які стали підґрунтям для реагування на стресову ситуацію руховим збудженням (особливості структури мотиваційно-

Продовж. табл. 3.4

	вольової сфери, які стали підґрунтям втрати доцільності поведінки). За потреби направити на огляд лікаря-психіатра.
	Консультація щодо формування потрібних вольових якостей, здатності до саморегуляції. Навчання вправам, що суб'єктивно знижують гостроту переживання небезпеки, наприклад, «Безпечне місце».

3.5. Надання ППД особам з ознаками страху

Страх – емоційний стан, що обумовлений загрозою реального або передбачуваного лиха.

Що робити?

• Покладіть руку потерпілого собі на зап'ястя для відчуття вашого спокійного пульсу, що є сигналом: «Я зараз поруч, ти не один!». Також можна постійно підтримувати фізичний контакт із людиною.

• Підтримка зорового контакту.

• Пояснення потерпілому чіткого плану дій: «Ми будемо робити наступне», «Ми знаємо, що робити, не хвилюйтесь».

• Дихайте глибоко і рівно, спонукайте потерпілого дихати в одному з вами ритмі.

• Якщо потерпілий говорить, слухайте його, виявляйте зацікавленість, розуміння, співчуття.

• Легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла.

Таблиця 3.5.

Страх	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Захоплення уваги об'єктом, що викликає страх, нездатність самостійно «відволіктися» від нього («не бачить» інших стимулів, стає «неуважним», робить помилки, діє не зовсім адекватно до ситуації).	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.

Продовж. табл. 3.5

	Зробіть припущення щодо стимулів (об'єктів), які найбільш пов'язані з виникненням реакції страху. Спробуйте прибрати їх з поля уваги (з поля зору, слуху тощо).
Сильне серцебиття, збліднення, поверхневе дихання.	Допоможіть постраждалому оволодіти собою: покладіть його руку собі на руку (ви маєте бути спокійним), щоб він відчував ваше спокійне дихання. Спонукайте його дихати з вами в одному ритмі. Керуйте процесом: «Вдих… видих… вдих… видих». Дихайте глибоко і рівно. Можете використати дихальну вправу для заспокоєння (вдихайте глибоко в живіт і повільно видихайте). Дайте попити холодної води (нехай п'є дрібними ковтками) чи дайте посмоктати м'ятну цукерку (сам процес ковтання, смоктання заспокоює,відволікає увагу від зовнішніх об'єктів).
Сильне напруження м'язів (особливо тих, що відповідають за згинання рук), яке заважає робити координовані, плавні рухи (рухи «ривками»).	
Знижений контроль власної поведінки. Можливе намагання втекти з місця небезпеки.	
	Якщо постраждалий говорить, то слухайтейого, проявляйте зацікавленість, співчуття,розуміння, терплячість.
	Відволікайте його від ситуації, яка викликає реакцію страху, задавайте питання чи просіть зробити щось, що приверне його увагу (перелічити речі в приміщенні, пограти в ігри на телефоні тощо).
	Розімніть найбільш напружені м'язи плечей, передпліччя, шиї, потилиці (обов'язково запитавши дозволу).
	Запропонуйте вправу «Безпечне місце». Спробуйте мобілізувати власні ресурси постраждалого для подолання страху, актуалізуючи важливі для нього мотиви.

Продовж. табл. 3.5

	Другий рівень
	Оцінити здатність постраждалого адекватно оцінювати ситуацію, контролювати свою поведінку.
	Навчити вправам, що суб'єктивно знижують гостроту переживання небезпеки, наприклад, «Безпечне місце».
	Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.
	Третій рівень
	Консультація з метою визначення психологічних особливостей, які стали підґрунтям для реагування на стресову ситуацію страхом (особливості емоційно-вольової сфери).
	Консультація щодо формування здатності до саморегуляції психічних станів, посилення смислової регуляції діяльності.
	Навчання вправам, що суб'єктивно знижують гостроту переживання небезпеки, наприклад, «Безпечне місце». Порекомендувати заняття спортом чи фізичними вправами.

3.6. Надання ППД особам з ознаками паніки

Паніка – несвідомий, нестримний страх, викликаний дійсною чи уявною небезпекою, що охоплює людину чи багатьох людей; неконтрольоване прагнення уникнути небезпечної ситуації.

Що робити?

- зрозумійте причини тривоги, паніки й агорафобії;
- визначте ситуації, яких ви уникаєте чи боїтеся;
- оцініть природу конкретних симптомів, їх частоту і важкість, а також обставини, за яких виникає паніка;

• з’ясуйте чи є у людини супутні фактори (депресія, інші тривожні стани, вживання психоактивних речовин тощо).

Таблиця 3.6.

<table>
<tr><td>Паніка</td><td>Психологічні та організаційні заходи</td></tr>
<tr><td>Ознаки</td><td>Перший рівень</td></tr>
<tr><td>Переживання інтенсивної тривоги, що не прив’язана до певного об’єкту.</td><td rowspan="3">Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Зупиніть постраждалого, якщо він намагається втікати, посадіть його, забезпечте доступ кисню (розстібніть ґудзики на комірі, розступиться), дайте попити.</td></tr>
<tr><td>Сильне серцебиття, яке виникло неочікувано.</td></tr>
<tr><td>Біль у грудях (ніби болить серце).</td></tr>
<tr><td>Відчуття задухи, комок в горлі.</td><td rowspan="6">Допоможіть постраждалому пережити цю тяжку реакцію. Надаючи допомогу під час панічної атаки, потрібно пояснити постраждалому, що від панічних атак не помирають (це не серцевий напад), вона сама минеться через кілька хвилин, треба зачекати та намагатися заспокоїтися. Говоріть спокійним голосом, використовуйте навіювання: «Все добре», «Все під контролем».</td></tr>
<tr><td>Головокружіння.</td></tr>
<tr><td>Тремор.</td></tr>
<tr><td>Озноб чи навпаки відчуття приливу крові.</td></tr>
<tr><td>Відчуття нереальності того, що відбувається.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Втрата відчуття власної особистості (хто я?).
Можливо нудота, неприємні відчуття з боку шлунку.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Допомагаючи постраждалому, проявляйте повагу до нього, співчуття, адже панічна атака – це фізіологічний стан, який не пов’язаний із сміливістю чи боязкістю, хоча і виникає на фоні сильних емоційних переживань.</td></tr>
<tr><td>Виражений страх смерті, страх втратити самоконтроль чи збожеволіти.</td><td>Допоможіть постраждалому взяти під контроль його дихання.
Керуйте: «Вдих…видих».</td></tr>
<tr><td>Прагнення втекти з цього місця.</td><td>Можна дати постраждалому паперовий пакет для того, щоб дихаючи в нього, він візуально міг контролювати процес</td></tr>
</table>

Продовж. табл. 3.6

	дихання – бачив за рухами пакету, як швидко і неспокійно він дихає.
	Допоможіть постраждалому переключити свою увагу з тілесних відчуттів на сприйняття навколишнього світу – запропонуйте йому описати те, що він бачить навколо. Створіть умови, за яких постраждалий зможе розслабитися, використайте релаксаційні техніки, вправи на розтягування усіх груп м'язів (арка, дуга Лоуена – прогинання спини назад), дайте відпочити.
	Панічні атаки можуть повторюватися протягом місяця. За можливістю потрібно відстежувати, які саме переживання, ситуації їх запускають.
	Другий рівень
	Оцінити здатність постраждалого контролювати свою поведінку за наявних умов.
	Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.
	Третій рівень
	Враховуючи стан постраждалого, допомогти освоїти психологічні засоби саморегуляції психічного стану: засоби оволодіння диханням, релаксації та підібрати найефективніші для нього.
	Якщо вдається визначити, які саме переживання запускають панічну атаку – допомогти виробити адекватне ставлення доситуацій, які провокують ці переживання,наприклад, навчити

Продовж. табл. 3.6

	вправам, що суб'єктивно знижують гостроту переживання небезпеки («Безпечне місце»).
	Якщо інформація про пережиті постраждалим панічні атаки поширилась, допомогти впоратися з переживанням сорому, провини тощо.

3.7. Надання ППД особам з ознаками нервового тремтіння

Після екстремальної ситуації часто з'являється неконтрольоване нервове тремтіння (людина не може за власним бажанням припинити цю реакцію). Так організм «скидає напругу». Якщо цю реакцію зупинити, то напруга залишиться у тілі та викличе м'язові болі, а надалі може спричинити розвиток серйозних захворювань: гіпертонію, виразку тощо.

Таблиця 3.7.

Нервове тремтіння	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Сильне тремтіння, яке виникає раптово після якогось інциденту.	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації. Нервове тремтіння – це стан, допомога під час якого полягає не у перериванні, а у прискоренні процесу. Потрібно посилити тремтіння. Для цього постраждалого беруть за плечі й сильно, різко трусять протягом 10-15 секунд. Протягом процедури чи перед нею потрібно пояснити постраждалому свої наміри та дії, щоб він не сприйняв їх як напад.
Постраждалий самотужки (за власною волею, бажанням) не може припинити цю реакцію.	
Сильне тремтіння всього тіла або окремих частин (не може втримати в руках дрібні предмети, запалити сірник).	
Реакція триває довго (декілька годин), потім настає втома,виснаження.	Після завершення реакції потрібно постраждалому дати відпочити, вкласти його спати. Якщо є м'язові болі, то промасажувати м'язи. Оскільки ця реакція є наслідком

Продовж. табл. 3.7

	нереалізованої енергії, яку організм мобілізував для дії в екстремальній ситуації, і полегшення настане тільки тоді, коли цю енергію вдасться скинути, то недопустимим є вчиняти дій, які загальмовують процес скидання цієї енергії, призупиняють тремтіння (укривати, обіймати, заспокоювати, просити, щоб він взяв себе в руки). Такі дії викличуть м'язові болі, підвищення тиску тощо.
	Другий рівень
	Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.
	Третій рівень
	Якщо для постраждалого є певні проблеми з підвищеним тонусом м'язів, підвищеним збудженням – підвищений тонус, складності із засинанням, роздратованість – допомогти освоїти релаксаційні техніки, вправи на розтягування м'язів (щоб позбавитися м'язового болю), вправи, які покращують засинання. Поясніть потребу для нього у фізичному відреагуванні стресових подій (використання фізичних вправ).

3.8. Надання ППД особам з ознаками галюцинацій та марення

Травмівна ситуація може призвести до сильного нервового напруження, порушити рівновагу організму, негативно вплинути на здоров'я – не лише на фізичне, але й на психічне. Це може спровокувати чи загострити вже наявні психічні захворювання.

Маячня – сукупність різноманітних уявлень, ідей, суджень та умовиводів, що не відповідають дійсності, у помилковості яких потерпілого неможливо переконати. Інколи маячня супроводжується страхом, тривогою, відчуттям небезпеки.

Галюцинації – мимовільне сприйняття (зорове, слухове, смакове, дотичне, нюхове) неіснуючих об’єктів, які особистість вважає реальними. Галюцинації спостерігаються не лише у разі психічних захворювань, а й при отруєннях, психічних травмах, сильних душевних потрясіннях, тривалих очікуваннях тощо.

Не потрібно: переконувати потерпілого в хибності уявлень. У такій ситуації це зробити неможливо.

Таблиця 3.8.

<table>
<tr><td>Галюцинаторні переживання та марення</td><td>Психологічні та організаційні заходи</td></tr>
<tr><td>Ознаки</td><td>Перший рівень</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Втрата адекватності оцінки зовнішньої обстановки і здатності орієнтуватися в ній, адекватно реагувати на ситуацію.</td><td>Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Ізолювати постраждалого. Не залишати його самого,слідкувати, щоб він не нашкодив собі та оточуючим.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Потерпілий переживає відчуття присутності уявних об’єктів, яких немає в реальності.</td><td rowspan="2">Проявіть терпіння і турботу. Галюцинації можуть бути ознакою загострення під дією стресу прихованого психічного захворювання, інтоксикації – не обов’язково алкогольної чи наркотичної, травмувань головного мозку тощо.</td></tr>
<tr><td rowspan="6">Робить хибні висновки, в помилковості яких його не можна переконати.</td></tr>
<tr><td>Говоріть із постраждалим спокійним голосом, погоджуйтесь з ним, не намагайтесь його переконати (це неможливо).</td></tr>
<tr><td>Викликати медичного працівника.</td></tr>
<tr><td>Другий рівень</td></tr>
<tr><td>Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.</td></tr>
<tr><td>Третій рівень</td></tr>
<tr><td></td><td>Обов’язково порадити батькам/близьким особам звернутися до лікаря-психіатра. Враховуючи призначене медичне лікування і рекомендації лікаря, за потреби надати допомогу у відновленні самооцінки постраждалого.</td></tr>
</table>

Продовж. табл. 3.8

	Якщо є потреба, то допомогти пережити почуття сорому, провини тощо, щоб вони не обтяжували протікання основного захворювання. Якщо проблема була пов'язана з вживанням алкоголю, провести заходи з профілактики адиктивної поведінки.

3.9. Надання ППД особам з ознаками плачу

Що робити?

• Не залишайте потерпілого наодинці.

• Встановіть фізичний контакт з потерпілим (візьміть за руку, покладіть руку йому на плече або спину, погладьте по голові), дайте відчути, що ви поруч.

• Застосовуйте прийоми «активного слухання»: періодично вимовляйте «ага», «так», кивайте головою, підтверджуйте, що слухаєте і співчуваєте; повторюйте за потерпілим уривки фраз, в яких він висловлює свої почуття.

• Не намагайтеся заспокоїти потерпілого. Дайте йому можливість виплакатися і виговоритися, «виплеснути» із себе горе, страх, образу.

• Не ставте запитань, не давайте порад. Ваше завдання – вислухати.

• Запропонуйте людині води.

Таблиця 3.9.

Плач	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Людина плаче або готова розридатися.	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Тремтять губи.	
Пригніченість.	
Немає порушеньадаптації та поведінки як при істериці.	Не залишайте постраждалого наодинці. Установіть з ним фізичний контакт (покладіть руку на плече або спину, погладьте). Дайте йому відчути, що ви поруч. Сльози є реакцією, що пов'язана з фізіологічними процесами: виділення заспокійливої речовини в організмі, тому не потрібно переривати плач, м'яко

Продовж. табл. 3.9

	розмовляйте з постраждалим, погладжуйте його – робіть усе, щоб підтримувати рівний помірний рівень плачу,щоб постраждалий міг виплакатися та виговоритися, «виплеснути ззовні» своє горе, образу, страх, але щоб ця реакція не перейшла в істерику. Не потрібно ставитизапитань, давати порад – не робіть дій, які можуть підсилити чи припинити реакцію помірного плачу. Просто вислухайте і емоційно підтримайте.
	Другий рівень
	Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.
	Третій рівень
	За потреби проконсультуйте постраждалого з приводу освоєння заходів саморегуляції психічних станів. Якщо є потреба, проконсультуйте з приводу відновлення позитивної самооцінки, переживання сорому чи провини, щоб їх переживання не стало сприятливим підґрунтям для розвитку ПТСР.

3.10. Надання ППД особам з ознаками істерики

Істерика – демонстративна поведінка, що виражає активний протест, власні страждання та неможливість адекватної реакції

Як виглядає? Потерпілий кричить, робить слабоконтрольовані рухи, може впасти на землю або спричинити собі шкоди, розбити голову або долоні.

Що робити?

• Видаліть глядачів, створіть спокійну обстановку. Залишіться з людиною наодинці, якщо це не небезпечно для вас.

• Несподівано зробіть дещо, що може сильно здивувати (плеснути в обличчя водою, з гуркотом впустити предмет, різко крикнути).

• Говоріть з людиною короткими фразами, впевненим тоном («Випий води», «Вмивайся»).

• Після істерики настає знесилення. Вкладіть людину (за можливості) у ліжко. До прибуття фахівця спостерігайте за її станом. Не потурайте бажанням людини.

• При загрозі здоров'ю потерпілого можлива фіксація голови та самого потерпілого заради його безпеки.

• Не кидайтеся обіймати людину. Візьміть її за руку або покладіть свою руку їй на плече. Якщо побачите, що це людині неприємно, уникайте тілесного контакту.

• Не розпитуйте людину про подробиці того, що сталося. Ні в якому разі не звинувачуйте її в тому, що сталося.

• Дайте людині зрозуміти, що він може розраховувати на вашу підтримку.

• Якщо людина починає розповідати про те, що сталося, спонукайте говорити не про конкретні деталі, а про емоції, пов'язані з подією. Домагайтеся, щоб вона говорила: «Це не моя провина, винен насильник»; «Було зроблено усе можливе в таких обставинах».

• Спробуйте дізнатись про наявність тілесних ушкоджень, при можливості, надайте першу медичну допомогу.

Таблиця 3.10.

Істерика	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Свідомість (адекватність сприйняття дійсності) зберігається, хоча увага постраждалого прикута до його потреб, відчуттів, переживань, до власного «Я».	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Надмірна рухливість, безліч рухів, театральні пози. Мова емоційно насичена, швидка, в змісті мови часто звучить тема власних потреб, їх фрустрації, несправедливості світу: «Я хотів …», «Мені потрібно…», «Всім байдуже до мене…», «Чому це зі мною сталося…»	Допоможіть постраждалому оволодіти собою: приберіть сторонніх, створіть спокійну обстановку. Залишайтесь з постраждалим наодинці (якщо це безпечно для вас). Зненацька зробіть якусь дію, яка здивує постраждалого (переключить його увагу зі своїх переживань на зовнішній світ). Говоріть з постраждалим короткими фразами, впевненим тоном, змусьте його почати самостійнодіяти: «Випий

Продовж. табл. 3.10

	води», «Вмийся». Не потурайте бажанням потерпілого, будьте з ним строгим та стриманим (без надмірної суворості та зневаги).
	Оцініть вірогідність вчинення постраждалим демонстративного суїциду (наприклад, наявність фраз на кшталт: «Коли я помру, ви усі пошкодуєте», «Я не хочу більше так жити…», демонстрація імітації різання вен, прагнення демонстративно усамітнитися, демонстрація наявності пігулок тощо).
Можливе ридання, схлипування.	Після істеричного припадку настає виснаження. Укладіть потерпілого спати. Намагайтесь не залишати його наодинці.
	Другий рівень
	Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги (є можливість вчинення демонстративного суїциду).
	При неможливості швидко організувати консультацію психолога і наявності ознак суїцидальної поведінки, провести профілактичну бесіду для зниження суїцидального ризику.
	Третій рівень
	Консультація з приводу визначення психологічних особливостей, які стали підґрунтям для реагування на стресову ситуацію істерикою

Продовж. табл. 3.10

	(егоїстична спрямованість, акцентуації характеру, недостатньо сформована смислова сфера регуляції). За потреби порадити звернутися до лікаря-психіатра.
	Оцініть вірогідність вчинення постраждалим демонстративного суїциду, за потреби проведіть профілактичну роботу.
	Консультація з приводу зниження егоїстичної мотивації, формування смислових рівнів саморегуляції та вольових рис.
	Моніторинг стану щодо можливості набуття у подальшому ознак ПТСР.

3.11. Надання ППД особі з ознаками горя (гострої реакції на загибель близької людини, психогенний шок)

Горе – це глибоке почуття суму і болю, спричинене важливою втратою, змінами, кризою чи невдачею як реальними, так і абстрактними.

Втрата – означає розрив зв'язку, якій ви сформували з важливою для вас людиною, місцем, річчю або ідеєю (включаючи вірування).

Скорбота – це процес визнання втрати, переживання горя і прийняття рішення зробити втрату частиною свого життя.

Типові симптоми горя (прояви): порушення сну; анорексія чи втрата ваги; дратівливість; проблеми з концентрацією уваги; втрата інтересу до новин, роботи, друзів, церкви тощо; пригніченість; апатія і відчуження; намагання усамітнитись; плач; самозвинувачення; суїцидальні думки; соматичні симптоми; втома.

Для кращого розуміння стану людини, що перебуває у скорботі, виокремлюють такі комплекси симптомів горя, з якими можна працювати:

- емоційний комплекс – печаль, гнів, тривога, безпорадність, безнадійність, байдужість, жаль, провина, тривога, агонія, сором, депресія;

- когнітивний комплекс – нав'язливі думки, забудькуватість, труднощі з концентрацією, зневіра, відчуття присутності померлого, складнощі з прийняттям рішень;

- поведінковий комплекс – порушення сну; безглузда, нераціональна поведінка; уникнення місць, пов'язаних із померлим; гіперактивність в роботі або іншій діяльності як спосіб приглушення болю; відхід від соціальних контактів; втрата інтересів; надмірна залежність від когось; алкоголізація як спроба встановлення комфорту; відмова насолоджуватись чимось веселим, приємним;

- можливі комплекси фізичних відчуттів: плач, тремтіння, відчуття непритомності; проблеми з травленням; постійна сонливість, безсоння або нічні кошмари; зміна у вазі (зниження або набирання ваги); ослаблена імунна система.

Реакція горя.

1 фаза: *Гостре горе (шок)*, від кількох годин до 5-7 днів (іноді до 2 тижнів).

- шок і заціпеніння (від декількох секунд до декількох тижнів);
- відчуття нереальності;
- оніміння і нечутливість;
- малорухомість або метушлива активність;
- переривчасте дихання (сповільнене або навпаки швидке);
- втрата апетиту;
- безсоння.

Це абсолютно нормальні реакції на подію. Не треба їх лякатися і намагатися «лікувати». Багато хто не може витримати «істерику» матері або друга загиблого і відразу біжать за заспокійливим.

Основне завдання цієї першої фази: визнати, зрозуміти реальність смерті (ще не вийде прийняти).

Картина гострого горя схожа у різних людей. При нормальному перебігу горювання характерні періодичні напади фізичного страждання, спазми в горлі, напади задухи з прискореним диханням, постійна потреба зітхнути, відчуття порожнечі в животі, втрата м'язової сили та інтенсивне суб'єктивне страждання, що описується як напруга або душевний біль, поглинання образом померлого.

Прояви першої фази реакції втрати:

- «Я не можу повірити ...»/заперечення реальності;

- відчуття дереалізації/деперсоналізації (це не по-справжньому, не зі мною);

- вихор почуттів: паніка, біль, відчай, туга, злість;

- або ж відсутність почуттів – заціпенілість, відчуженість, що грає функцію психологічного буфера;

- соматичні відчуття: стиснуло в горлі, неможливість вдихнути, запаморочення;

- дезорганізація поведінки: порушення, крик, плач або заціпеніння, відстороненість;

- стан ошелешеності з деяким звуженням сфери свідомості та уваги, неможливістю повністю усвідомити подразники і дезорієнтацією;

- ухиляння з навколишньої ситуації (до стану дисоціативного ступору F44.2) або ажитацією і надактивністю;

- окремі риси панічного розладу (тахікардія, надмірне потовиділення, почервоніння);

- виняткова увага на образі померлої людини, взаємодія з оточенням «на автопілоті».

Саме на першій фазі переживання горя надають першу психологічну допомогу.

2 фаза - Страждання (6-7 тижнів)

Емоційна сфера: відчуття присутності померлого, ідеалізація померлого, почуття провини стосовно померлого, дратівливість, гнів, тривога, бажання усамітнитись.

Порушення пам'яті та уваги: ослаблення уваги, неможливість на чомусь сконцентруватися, порушення пам'яті на поточні події

Тілесні відчуття: порушення сну, порушення в сексуальній сфері, млявість, дискомфортні фізичні відчуття, загострення хронічних захворювань

Під час другої фази відбувається: усвідомлення втрати, оплакування втрати, дезорганізація і туга за померлою людиною. Це фаза сильних почуттів, оскільки усвідомлення реальності втрати і життєвої порожнечі відбувається через переживання відчаю, білю, люті. Швидка зміна почуттів: гнів, вина, біль, туга, страх. Заціпеніння, яке відігравало роль «емоційного буфера» минуло і прийшла емоційна дезорганізація. У деяких можемо спостерігати відмову перегорнути сторінку книги життя. Сильне почуття туги (до відчаю) за померлим: всі думки про нього, рідні живуть спогадами, переглядають фотографії, подумки спілкуються з ним, багато часу можуть проводити на кладовищі. Людину нічого не цікавить, ніщо не приносить радості. Відчуття фізичної слабкості, виснаження від почуттів, нездатність щось робити.

Часті соматичні скарги: болі в грудях, задишка, слабкість, відсутність апетиту, безсоння. «Важко думати», порушення уваги і пам'яті.

3 фаза: Прийняття (6 місяців - 1 рік)

- відновлюється сон і апетит;

- втрата перестає бути головною подією в житті;

- хоч інколи ще можуть бути «гострі приступи горя», проте вже з'являється здатність планувати життя з урахуванням втрати.

4 фаза: Відновлення

Горе замінюється сумом, втрата сприймається як щось неминуче.

У релігійних людей можемо спостерігати позитивні або негативні духовні наслідки горювання. Негативні: злість на релігійні установи або духовенство, втрату віри, почуття зради, сумніви у тому, у що вірив, відмова від життя або майбутнього щастя. Позитивні: ближчий зв'язок з Богом, рішення допомагати іншим, вдячність за людське життя.

Таблиця 3.11.

<table>
<tr><td>Горе (гостра реакція на загибель близької людини, психогенний шок)</td><td>Психологічні та організаційні заходи</td></tr>
<tr><td>Ознаки</td><td>Перший рівень</td></tr>
<tr><td>Заціпеніння, мала рухливість, яка може змінюватися хвилинами метушливої активності (імпульсивні, некеровані дії з прагненням помститися, покарати).</td><td>Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.</td></tr>
<tr><td>Переривчасте дихання, особливо на вдиху.</td><td rowspan="2">Не залишайте постраждалого наодинці. Надавайте йому соціальну і емоційну підтримку: торкайтесь до постраждалого, покладіть свою руку йому на плече, обіймітьйого (за згоди постраждалого).</td></tr>
<tr><td>Відчуття нереальності того, що сталося (неприйняття реальності, заперечення реальності).</td><td>Поговоріть з постраждалим, дайте йому можливість поговорити про те, яким був загиблий. Говоріть про померлого у минулому часі. Виказуйте співчуття.</td></tr>
<tr><td>Сердечне оніміння, нечутливість, «застигла» міміка.</td><td>Дайте йому можливість відпочити. Стежте за тим, щоб він харчувався.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Можливі звинувачення себе, самобичування.</td><td>Допомагайте потерпілому приймати необхідні рішення та утримуйте від імпульсивних дій.</td></tr>
<tr><td>Другий рівень</td></tr>
<tr><td>Оцініть здатність стримувати свої імпульсивні дії (помститись, все кинути і піти тощо), турбуватися про себе (не забувати їсти, пити).</td></tr>
</table>

Продовж. табл. 3.11

	Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.
	Третій рівень
	Надання допомоги постраждалому в переживанні наступних фаз горя, робота зі стражданням, напругою, відчаєм, демобілізацією тощо (наприклад, використання вправ «Зміна пір року», «Лист прощання» тощо).
	Надання консультацій з приводу супутніх проблем: відчуття провини, складностей зосереджувати увагу на поставленому завданні, апатія (складності самомотивування), складностей засинання тощо.
	Моніторинг стану щодо можливості набуття у подальшому ознак ПТСР.

3.12. Надання ППД особі зі спробою вчинити суїцид

Ситуація суїциду – фіксація людини на думці про певну, важливу для себе проблему, шляхів вирішення якої вона не бачить окрім скоєння суїциду.

Основні рекомендації:

• Ваше завдання: зняти загрозу суїциду та передати потерпілого спеціалістам.

• Реальний суїцид рідко буває демонстративним. Поки людина розмовляє з поліцейським, вона залишається живою.

• Намагайтесь підтримувати діалог. Розмовляйте на будь-яку тему, яку людина згодна обговорювати.

• Намагайтесь оминати сильних емоцій та переживань («На слабо, ти ж мужик»).

• Обережно шукайте ціннісні для людини теми.

• Вкажіть їй про неможливість скоєння суїциду, можливість залишитись інвалідом (60% тих, хто стрибає з цього поверху, виживають та залишаються інвалідами на все життя).

Таблиця 3.12.

Незакінчений суїцид	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки:	Перший рівень
Особа вчинила спробу самогубства.	Оцінити небезпечність ситуації для себе. Прибрати загрозу життю особи, що чинить спробу самогубства, за потреби надати необхідну медичну допомогу.
Може бути збудженим, тремтіти, плакати/може бути апатичним, байдужим/може бути спокійним зосередженим (якщо прийняв рішення довести спробу до кінця).	Не залишати наодинці (навіть якщо він виглядає спокійним), говорити з постраждалим (не бійтесь запитувати про суїцид, про те, чому він так вчинив, нехай виговориться, виплесне накопичені образи, горе тощо).
Може просити бути з ним, підтримати його чи навпаки, намагатися сховатися від оточуючих.	Емоційно підтримати, не засуджувати.
	Обов’язково порадити батькам/близьким звернутися до лікаря-психіатра.
	Другий рівень
	Обов’язково порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної чи медичної допомоги.
	Встановити свідків події, наближених (ті, що мають дружні, родинні зв’язки) осіб для подальшої профілактичної роботи з ними.
	За можливості організувати проведення дебрифінгу в перші три дні, залучивши психологів мобільного пункту психологічної підтримки.
	Третій рівень
	Обов’язково врахувати висновки лікаря-психіатра і його рекомендації під час проведення подальшої реадаптації і корекції особи, яка вчинила спробу суїциду.