

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Інститут управління, психології та безпеки

Кафедра теоретичної психології

**ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА І
ЇЇ ВАЖЛИВІСТЬ В КРИЗОВОМУ СУСПІЛЬСТВІ**

кваліфікаційна робота

здобувача вищої освіти

освітнього ступеня «бакалавр»

Юлії ГАНЧАРИК

4 курсу, денної форми навчання

спеціальність 053 «Психологія»

ОПП «Психологія»

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук, доцент

Оксана ХРИСТУК

Рецензент:

кандидат психологічних наук, доцент

Олександра КУЗЬО

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

« 1 » травня 2023 р., протокол № 11

завідувач кафедри теоретичної психології

доктор психологічних наук, професор

_____ **Зоряна КОВАЛЬЧУК**

Львів

2023

АНОТАЦІЯ

Ганчарик Юлія Тарасівна. Перша психологічна допомога і її важливість в кризовому суспільстві

Робота присвячена вивченню емоційних станів людей в кризовій ситуації та особливостей надання першої психологічної допомоги в кризовому суспільстві.

У роботі опрацьовано основні особливості першої психологічної допомоги; описано види структура та протоколи проведення першої психологічної допомоги; визначено основні прояви кризових ситуацій; виявлено емоційні стани людей, які частіше всього потребують першої психологічної допомоги.

Для реалізації завдань дослідження, було підібрано тести – опитувальники, анкета, емпіричні дослідження, що включали методики: «Шкала диференційних емоцій» (ШДЕ) К.Ізарда (адаптація А.В.Леонова, М.С. Капіца; методика самооцінки психічних станів Г.Азейнка. опитувальник посттравматичних когніцій (Posttraumatic Cognitions Inventory, PCTI) створений Е.В.Фоа, А. Ehlers, D.М. Clark, Tolin, S.М. Orsillo, опитування створеного на основі Глобального скринінгу психологічної травми (Global Psychotrauma Screen).

Ключові слова: перша психологічна допомога, кризове суспільство, протоколи першої психологічної допомоги, емоційні стани.

ANNOTATION

Hancharyk Yuliya Tarasivna. Psychological first aid and its importance in a crisis society

The work is devoted to the study of the emotional states of people in a crisis situation and the peculiarities of providing psychological first aid in a crisis society.

The work elaborates the main features of psychological first aid; the types of structure and protocols of psychological first aid are described; the main

manifestations of crisis situations are defined; the emotional states of people who most often need psychological first aid are revealed.

To implement the research tasks, tests were selected - questionnaires, questionnaires, empirical studies, which included the following methods: "Scale of Differential Emotions" (SDE) by K. Izard (adaptation by A. V. Leonov, M. S. Kapitsa; method of self-assessment of mental states by G. .Azeinka, questionnaire of post-traumatic cognitions(Posttraumatic Cognitions Inventory, PCTI) створений Е.В.Фoa, А.Ehlers, D.M.Clark,Tolin, S.M.Orsillo,a survey created on the basis of the Global Screening for Psychological Trauma(Global Psychotrauma Screen).

Keywords: psychological first aid, crisis society, psychological first aid protocols, emotional states.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ (ППД)	9
1.2. Принципи та правила надання першої психологічної допомоги.....	21
1.3. Аналіз методів та форм першої психологічної допомоги	26
Висновки до розділу 1.....	31
РОЗДІЛ2.КРИЗОВЕ СУСПІЛЬСТВО ТА ЙОГО ЗНАЧЕННЯ У СЬОГОДЕННІ	34
2.2.Зміни в структурі особистості під впливом кризової події.....	39
2.3.Види протоколів надання ППД в кризових ситуація	44
2.3.1. Протокол ППД (А. Гершанов)	45
2.3.2.Протокол надання ППД(Б. Рафаель)	47
2.3.3. Протокол ППД ЯАЛОМ.....	49
Висновки до розділу 2.....	52
РОЗДІЛ3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЛЮДЕЙ В КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ.....	55
3.1.Характеристика вибірки.....	55
3.2.Аналіз результатів дослідження	57
3.3.Аналіз кореляційних даних.....	67
Висновки до розділу 3.....	72
ВИСНОВКИ	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	77
ДОДАТОК	81

ВСТУП

Актуальність дослідження. Швидкість розвитку сучасного суспільства, епідеміологічна ситуація, а за теперішніх умов ще – війна, збільшують кількість стресогенних впливів на людину. Кризове суспільство за умов війни потребує першої психологічної допомоги для відновлення психічного здоров'я, напевно саме в цей час, як ніколи вона найнеобхідніша за сучасних умов в яких перебуває наша країна – війна із Російською федерацією, адже особливих випробувань зазнають мирні жителі, що перебувають у зоні конфлікту, вимушені переселенці, родини загиблих; військовослужбовці – які беруть участь у бойових діях, і демобілізовані, та їхні сім'ї; волонтери і всі, хто працюють з потерпілими. Саме такі категорії людей важко адаптуватися до нових складних обставин, нелегко і в повсякденному житті, у цієї категорії людей може погіршуватися фізичне, і психічне здоров'я, загострюватися наявні проблеми та з'являтися нові, щоб звести до мінімуму руйнівні наслідки травмуючих ситуацій, сприяти збереженню психічного здоров'я, необхідна психологічна допомога та психологічна підтримка постраждалих як в умовах екстремальної, надзвичайної ситуації, так і після повернення із зони ризику.

У кожної людини є власні сильні сторони та здібності, які допомагають їй долати життєві труднощі. Однак у кризових ситуаціях деякі люди є особливо вразливими, а отже, їм потрібна додаткова допомога. Зокрема, це стосується людей, які належать до груп ризику або потребують додаткової підтримки через свій вік (діти, люди похилого віку), люди у яких обмежені психічні чи фізичні можливості, або люди, що належать до маргіналізованих груп. Життєвий шлях людини характеризується, передусім, наявністю різноманітних подій, деякі з них інтерпретуються людиною як травматичні. Ці події - «вузлові моменти життєвого шляху» (С.Л. Рубінштейн) багато в чому визначають подальший сценарій життя людини.

Саме тому, перша психологічна допомога і психологічна підтримка – важливі складові мінімального реагування (безпосередньо в кризових ситуаціях) та комплексного реагування (на етапі стабілізації та раннього відновлення). Слід зазначити, що багато з постраждалих і пізніше можуть потребувати психологічної допомоги, яка повинна надаватися в межах системи психологічної реабілітації та кваліфікованими спеціалістами. Важливим є вирішення і допомога людині в подоланні цієї проблеми, адже це індивідуальне явище, хоча і має схожі прояви у кожній людині. Потрібно конкретніше розглядати цю проблему задля того, щоб надати професійну допомогу особистостям, які знаходяться в кризовому суспільстві.

Дане питання вивчало багато виданих психологів зокрема: Кириленко Т.С., Манюха І.П., Заливков В.П., Лукомська С.О., та інші. Вище зазначене зумовило вибір теми дослідження.

Метою роботи є: теоретично обґрунтувати методи, види та особливості надання першої психологічної допомоги в кризовому суспільстві та експериментально вивчити особливості емоційних станів людей в кризовій ситуації.

Для досягнення мети поставлені такі **завдання**:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми надання першої психологічної допомоги в кризовому суспільстві.
2. Зібрати методи та форми надання першої психологічної допомоги .
3. Проаналізувати ефективність методів першої психологічної допомоги
4. Виявити рівень впливу кризової ситуації на особливості емоційних станів.
5. Надати практичні рекомендації, щодо першої психологічної допомоги та її ефективності успішного подолання кризи.

Об'єктом дослідження є емоційні стани які переживають люди в умовах кризового суспільства.

Предметом є особливості першої психологічної допомоги в умовах кризового суспільства.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз, класифікація, систематизація, порівняння й узагальнення теоретичних та експериментальних даних з проблеми дослідження; емпіричні: спостереження, опитування; методи статистично-математичної обробки даних: виявлення ступеня узгодженості змін за допомогою критерію кореляції Пірсона. Розрахунки були проведені за допомогою Microsoft Office Excel 2010.

Для розв'язання поставлених завдань було використано ряд адаптованих психодіагностичних методик:

- a) для діагностики поточних емоційних переживань - методика «Шкала диференційних емоцій» (ШДЕ) К. Ізарда (адаптація А.В. Леонова, М.С. Капіца (2003));
- b) для діагностики рівня вираженості таких станів як тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність – методика самооцінки психічних станів Г. Азейнка.
- c) Опитувальник посттравматичних когніцій (Posttraumatic Cognitions Inventory, PCTI) створений Е.В. Фоа, А.Ехлерс, Д.М. Кларк, Толін, С.М.Орсілло у 1999 р.
- d) для виявлення впливу загальний добробут досліджуваних кризової ситуації - опитування створеного на основі Глобального скринінгу психологічної травми (Global Psychotrauma Screen).

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що: поглиблено уявлення стосовно ефективності першої психологічної допомоги; зібрано методи надання першої психологічної допомоги в умовах кризового суспільства.

Практичне значення роботи полягає в тому, що матеріали дослідження можна використовувати в процесі проведення лекційних та практичних занять, спеціальних курсів по наданню ППД.

Доцільним буде використання при індивідуальній та груповій роботі з людьми, що знаходяться в кризовому стані, від сфери професійної діяльності.

Основні гіпотези дослідження:

1. В умовах кризового суспільства окремі емоції людей є мотиваційними процесами.
2. Люди демонструють більшу вразливість до емоційних переживань, в умовах кризового суспільства, що може призвести до підвищення рівня тривоги та стресу.

Структура роботи. Бакалаврська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, літератури та додатків. Дипломна робота «Перша психологічна допомога її важливість в кризовому суспільстві» вміщує: 74 сторінки, 12 рисунків, 3 таблиці, 31 літературне джерело, 5 додатків. Загальний обсяг роботи – 80 сторінок.

РОЗДІЛІ. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ (ППД)

Поняття «перша психологічна допомога» найбільший свій розвиток отримало в рамках екстремальної психології, практичні навички її надання відточувалися на фахівцях, які надають допомогу в зонах стихійних лих та техногенних катастроф. Неоціненний вклад в практику поширення поняття перша психологічна допомога був зроблений фахівцями Всесвітньої організації охорони здоров'я та Червоним хрестом. Зокрема, Всесвітньою організацією охорони здоров'я було систематизовано досвід надання першої психологічної допомоги і видане на різних мовах керівництво для працівників на місцях – «Перша психологічна допомога». З такою самою назвою був розроблений посібник для членів загону швидкого реагування спільноти Червоного хреста України [17].

Стикаючись із різними типами криз, які постійно впливають на нас (такими як війна, COVID-19, катастрофи, нещасні випадки, насильство чи злочин) Перша психологічна допомога (ПДП) за таких умов може забезпечити негайне емоційне полегшення, зв'язати постраждалих з необхідними засобами підтримки та запобігти розвитку віддалених ускладнень.

У сучасних умовах вирішення проблеми психологічної травми потребує не лише розвитку системи соціального захисту в Україні а також мережі закладів, що займатимуться питаннями психічного здоров'я, підготовки фахівців з діагностичних та психокорекційних методик, а головне стануть поштовхом суспільної зміни усталених стереотипів.

За визначенням ВООЗ, перша психологічна допомога (ППД) – це сукупність заходів психологічної підтримки та практичної допомоги людям, які страждають або відчувають потребу в чомусь, які зазнали впливу надсильних стресорів [16].

Важливо більше знати про психологічну травму, посттравматичний синдром і шляхи надання першої допомоги, адже, травма є частиною життя.

Перша психологічна допомога (ППД) – це сукупність заходів загальнолюдської підтримки та практичної допомоги ближнім, які відчувають страждання і потребу. ППД може надативати не лише професійний психолог, а й інший спеціаліст, людина, яка знайома з правилами надання ППД. Перша психологічна допомога – це не професійне психологічне консультування, оскільки не передбачає детального обговорення, аналізу чи встановлення хронології та суті подій, які викликали стан дистресу.

ППД включає: ненав'язливе надання практичної допомоги та підтримки; оцінку потреб і проблем; надання допомоги у задоволенні нагальних потреб (наприклад, таких як їжа, вода, інформація); вміння вислуховувати людей, але не примушуючи їх говорити; вміння втішити і допомогти людині заспокоїтися; надання допомоги в отриманні інформації, встановленні зв'язку з відповідними службами і структурами соціальної підтримки; захист від подальшої шкоди.

Потреба у першій психологічній допомозі залежить від глибини впливу події на індивідуума. Ступінь впливу зазвичай визначається як незначний, помірний, тяжкий.

У більшості випадків перша психологічна допомога надається при тяжкому впливі психотравмуючої події на особу. Саме оцінка поведінки постраждалого є вирішальною для винесення рішення про надання першої психологічної допомоги.

З цієї точки зору важливим є оцінка параметрів порушення психічних процесів та ознак які визначають необхідність надання першої допомоги , вони зокрема наведені у поданій (таблиці 1.1.)

Таблиця 1.1[17]

Параметри порушення психічних процесів.

Порушення психічних процесів	Ознаки
Порушення когнітивних функцій	Нездатність зосередити увагу на важливих об'єктах, розсіяність не здатність відвести увагу від стресора, порушення короткочасної пам'яті, нездатність до аналізу узагальнення, переносу відомого способу дій на нові обставини, порушення сприйняття дійсності, здатності приймати рішення
Порушення емоційного реагування	Невідповідність за силою і адекватністю реагування на емоційні стимули (надмірна сила реагування, відсутність емоційного відгуку, емоційна лабільність/ригідність). Коливання настрою, роздратованість, «вибухове» реагування на зауваження, дріб'язкові причіпки до всього. Пригніченість, відсутність інтересу до оточуючого світу. Специфічні вегетативні реакції: прискорення або уповільнення пульсу, дихання, поверхневе часте дихання, затримання дихання, тремор, тик, слабкий м'язовий тонус, зміна кольору шкірних покривів (значні почервоніння, збліднення), значне розширення/звуження зіниць.

	Нездатність до вольового зусилля. Відчужений «божевільний» погляд.
Дезорганізація	<p>Неможливість виконувати складні координовані рухи через порушення дрібної моторики та великої амплітуди крупної моторики. Збільшення кількості помилкових дій.</p> <p>Нездатність сприймати дії точуючих і координувати з ними свої дії. Ускладнене розуміння складних команд (планів дій), неможливість виконувати команди.</p> <p>Неможливість самовмотивуватися.</p> <p>Відчуття розбитості, слабкості, млявості, безладної активності.</p>
Втрата здатності контролювати свою поведінку	<p>Нездатність самостійно ставити та досягати навіть прості цілі.</p> <p>Значне уповільнення до повної відсутності дій чи, навпаки, велика кількість непогоджених, нескоординованих рухів.</p> <p>Нездатність до зв'язаного мовлення, відсутність мови. Занадто швидка/сповільнена мова.</p> <p>Словесні тиради, словесна агресивність.</p> <p>Нездатність виконувати власні команди.</p>
Порушення адаптації до оточуючого світу	<p>Нездатність виділяти суттєві стимули оточуючого середовища, нездатність будувати адекватне, довільне реагування на стимули середовища.</p> <p>Неадекватне сприйняття себе, своїх можливостей по відношенню до навколишніх умов.</p>

Деморалізація	Зниження моральних критеріїв оцінки власної поведінки та вчинків. Розв'язність, вульгарність, цинізм, грубість, хамство. Нехтування будь-якими нормами етики та субординації, нормами гігієни. Неконтрольоване вживання алкоголю, наркотичних речовин.
---------------	---

При наданні першої психологічної допомоги слід враховувати ступінь впливу кризової ситуації на особу ,адже коли вплив кризової ситуації зростає, спочатку поведінка людини може бути просто трохи неорганізована. При «накопиченні» стресових факторів дезорганізована поведінка може проявлятися як (само)деструктивна поведінка. Під сильним впливом поведінка жертви стає неадекватною.

Жертви можуть виглядати збентеженими, мати галюцинації розгубленість, або навіть нездатність впоратися рутиною, або навпаки, виглядати ірраціональним, агресивними. Може спостерігається саморуйнівна поведінка. Важливо розуміти, що в більшості випадків між ними немає прямого зв'язку. Розлади поведінки та характеристики типів особистості, індивіду, так, під впливом стресу турботлива людина може стати вербально і фізично агресивною та ображати інших,- уникати людей, повністю ігноруючи їхню присутність тощо.

Згідно визначення МОН України та кількох організацій і країн Європи опублікували власні моделі ППД. На сьогоднішній день розроблено декілька методик надання першої психологічної допомоги , більшість з яких вважається цільовим втручанням.

Задоволення потреб, це не психотерапія. так, австралійська громада Червоний Хрест закликає практикувати першу психологічну допомогу, що має намір надання гуманної, турботливої та співчутливої підтримки, яка спрямовані спочатку на вирішення нагальних практичних проблем і задоволення потреб населення, постраждалого від надзвичайних ситуацій, стихійного лиха чи кризової події. Надання першої психологічної допомоги суворо слідує принципу «не нашкодь».[17]

Психолог Джордж Еверлі [25] передбачає наступні етапи першої психологічної допомоги індивідуального кризового втручання зокрема: стабілізація (інформування, задоволення базових потреб, пом'якшення дії гострих стресорів); визнання події і реакції постраждалого на неї; полегшення розуміння постраждалим як того, що вже відбулося.

Важливо також і того, що відбувається у теперішньому; поширення ефективних копінг-стратегій; відновлення незалежного функціонування чи пере направлення постраждалого із забезпеченням подальшого догляду.

Raphael B[8] стверджує, що перша психологічна допомога повинна включати наступні види діяльності, як: звернення до основних потреб (захист тіла, задоволення почуттів безпека, задоволення фізіологічних потреб):

Найважливіше задовольняти психологічні потреби (комфорт, емоційна підтримка, забезпечувати поведінкову підтримку, забезпечувати емоційну вентиляцію, підтримувати конструктивну поведінку); надати соціальний супровід (возз'єднання жертви з сім'єю, з використанням невідкладної соціальної та громадської підтримки).

Назим Агазаде, лікар-психіатр, доктор медичних наук, професор вважав, що перша психологічна допомога це - спостереження за ситуацією з її наступною оцінкою та обстеженням постраждалого; забезпечення доступу до постраждалого і налагодження довірливого з ним контакту, він зазначає, що важливо забезпечити постраждалому безпеку і захист від будь-якої шкоди включно з аутоагресією; при необхідності – пошук можливостей надання невідкладної медичної допомоги; задоволення основних потреб; із стабілізацією емоційного стану постраждалих із зменшенням дії зовнішніх стимулів; інформаційного обміну; надання постраждалому допомоги у розв'язанні практичних питань; сприяти налагодженню зв'язків зі службами соціальної підтримки; проведення базового тренінгу копінг-стратегій; сприяти забезпеченню безперервного зв'язку зі службами підтримки і подальшому пере направленню; І найважливіше - збереженню гідності постраждалого в умовах кризи. [27]

Директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України І. Пінчук .

Пінчук І запропонувала наступний алгоритми надання першої психологічної допомоги особам, які переживають стрес: ненав'язливе надання практичної допомоги та підтримки:

- оцінку потреб і проблем;
- надання допомоги в задоволенні життєвих потреб (наприклад, таких як їжа, вода, інформація);
- вміння вислуховувати людей, але не примушуючи їх говорити;
- вміння втішити і допомогти людині заспокоїтися;
- надання допомоги в отриманні інформації, встановленні зв'язку з відповідними службами та структурами соціальної підтримки;
- захист від подальшої шкоди. [30]

Слід зазначити, що ППД Це не «психологічний дебрифінг» у тому сенсі, що ППД не обов'язково передбачає детальне обговорення події, що спричинила дистрес.

Психологічний дебрифінг методика, що сприяє розрядці напруженості («вентиляція» почуттів), за якої людину просять коротко, але послідовно описати сприйняття, думки та емоційні реакції, пережиті під час нещодавньої стресової події. Проводити таку інтервенцію не рекомендується. Вона відрізняється від звичайного оперативного дебрифінгу соціальних працівників, який деякі організації проводять по завершенню місії або після виконання завдання [18]:

Завдання ППД: формувати відчуття безпеки, зв'язку з іншими людьми, спокою і надії; сприяти доступу до соціальної, фізичної та емоційної підтримки; зміцнювати віру в можливість допомогти собі та оточуючим. Психологічна перша допомога або ППД визначається як інструмент підтримки, призначений для супроводу тих людей, які перебувають у кризових сценаріях, і метою якого є відновлення емоційної рівноваги разом із запобіганням проявів психологічних наслідків.

Цей механізм стримування розроблений, щоб надати допомогу практичним і неінвазивним способом, зосереджуючись на нагальних потребах і проблемах людей, швидко, наскільки це можливо, вирішуючи їх. Важливо розуміти, що хвилини після травматичної ситуації є найважливішими для постраждалої людини. З цієї причини невідкладне надання першої психологічної допомоги дозволить людині краще подолати цей факт.

Цілі ППД можна підсумувати трьома ідеями: надання негайного емоційного полегшення, сприяння адаптації людей і запобігання розвитку психопатології в майбутньому.

Категорії людей, які потребують першочергової першої психологічної допомоги: діти та підлітки, потребують захисту від насилля та експлуатації, в задоволенні основних життєвих потреб; люди з розладами здоров'я або з обмеженими фізичними та психічними можливостями можуть мати потребу в допомозі, щоб дістатися безпечного місця, захисті від насилля, у медичній допомозі та інших послугах; до цієї групи входять літні люди, люди з важкими розумовими розладами, порушеннями зору та слуху; люди, яким у кризовій ситуації може загрожувати дискримінація та насилля, наприклад, жінки або представники певних етнічних груп можуть потребувати особливого захисту для отримання допомоги. Розглянемо зокрема такі найуразливіші категорії – діти та підлітки.

Діти потребують особливої уваги в екстремальних ситуаціях. Як правило, стабільні, спокійні дорослі допомагають їм краще справлятися зі стресом. Залежно від віку, діти можуть поводитися по-різному. Діти у віці від 0 до 2 років більш плаксиві і частіше прагнуть фізичного контакту з дорослими ("щоб їх обіймали"). Потребують підвищеної емоційної зачленості.

Діти у віці 2-6 років можуть відчувати страх бути розлученими з батьками чи опікунами, відчувати безпорадність і безсилля. Замкнутися в собі або заперечувати ситуацію.

Можуть повернутися до попередньої поведінки. наприклад, смоктання великого пальця або нетримання сечі в ліжку (що можна вважати реакцією на стрес лише в тому випадку, якщо ці стресові реакції лише у дітей, які здобули контроль над сечовим міхуром)

Діти у віці 6-10 років можуть мати фантазії, в яких вони розігрують рятувальників, часто хочуть поговорити про інцидент і шукають шляхи до одужання. Вони можуть набути відчуття контролю над тим, що відбувається. Діти можуть повернутися до такої поведінки, як смоктання великого пальця, і можуть мати непередбачувану поведінку. спостерігатися порушення сну (труднощі із засипанням).

У них існує страх спати на самоті або часті жахіття). Діти цього віку також можуть скаржитися на головні болі та болі в животі без очевидної причини, може мати непередбачувані перепади настрою.

Особлива категорія - підлітки можуть реагувати так само як дорослі – відчують роздратування, відкидають правила чи поведуться агресивно. Вони можуть тати більш імпульсивними чи використовувати ризикові моделі поведінки, такі як вживання алкоголю або психоактивних речовин, самопошкодження, міни харчової поведінки (наприклад, вживати занадто багато чи занадто мало їжі), відчувати страх. Перша психологічна допомога – це доказовий модульний підхід дітям, підліткам, дорослим в умовах кризового суспільства. [10]

Принципи і техніки першої психологічної допомоги задовольняють чотири основні стандарти:

1. Відповідні наукові дослідження щодо ризику, стійкості після травми
2. Придатність та практичність у польових умовах
3. Відповідність рівням розвитку впродовж життя.
4. Культурна про інформованість і гнучка подача [17].

Перша психологічна допомога включає зусилля, спрямовані на: зменшення страждання; люди повинні почуватися в безпеці; визначення поточних потреб та допомогти їм встановити людський зв'язок; сприяти соціальній підтримці людей; допомогти зрозуміти катастрофу та її контекст; визначити власні сильні сторони та навички подолання; формувати віру в здатність людей впоратися; допомогти в ранньому виявленні людей, які потребують додаткової або спеціалізованої допомоги; сприяти адаптивному функціонуванню. Проведення людей через перший період високої інтенсивності та невизначеності; підготувати людей, щоб вони могли оговтатися природним шляхом після події та зменшити фактори ризику психічних захворювань, таких як посттравматичний стресовий розлад в результаті події - ще одні з важливих завдань ППД.

ППД призначена для людей, які знаходяться в стані дистресу в результаті щойно пережитого або поточної важкої кризової події, така допомога не має вікових обмежень.

Однак не кожна людина, яка пережила кризову подію, потребує ППД або прагне її отримати. Не можна нав'язувати допомогу тим, хто її не бажає, але завжди треба бути з тими, хто, можливо, захоче отримати підтримку. Бувають ситуації, коли люди потребують серйознішої допомоги, ніж ППД.

Слід зазначити, що люди, які надають ППД, мають розуміти межі власних можливостей і звертатися за допомогою до професіоналів – медичних працівників, психологів, представників соціальних служб, органів місцевого самоврядування або громадських організацій присутніх на місці події.

Перелік станів, при яких недостатньо лише надання ППД: важкі травми, що загрожують життю та вимагають екстренної медичної допомоги; зміни в психічному стані, який не дозволяє особам самостійно піклуватися про себе або про своїх дітей; стан, у якому людина може заподіяти шкоду собі; стан, у якому людини може заподіяти шкоду іншим.

Перша психологічна допомога може бути надана в достатньо безпечному або сприятливому місці, де їм надається допомога ("місця, де надається допомога") це можуть бути медичні заклади, притулки, табори для внутрішньо переміщених осіб, школи, центри розподілу їжі тощо. Бажано намагатися надавати ППД там, де є можливість поговорити з людиною без перешкод з боку оточуючих. ППД полягає у тому, щоб виявити людей, які потребують допомоги, зорієнтуватися в тому, які є у проблеми потерпілого, і допомогти задовольнити їх з дотриманням безпеки, захисту прав і гідності людей та етичних норм.

Для цього ППД має чотири оперативні принципи — підготуватися, спостерігати, слухати і з'єднувати[13].

Основне завдання ППД полягає в наданні практичної допомоги особам, які пережили кризову подію та допомогти у задоволенні базових (фізичних) потреб потерпілих. Сприяти забезпеченню осіб, які можуть стати жертвами насильства чи дискримінації; захист людей від подальшої шкоди. Важливо заспокоїти, сприяти стабілізації емоційного стану людей у стресі; вислухати, але не примушувати їх говорити, підтримати і за можливості посилити у потерпілих почуття власної спроможності допомогти собі й іншим.

ППД відрізняється від фахової психологічної допомоги, яку можуть надавати лише спеціалісти (фахові психологи), це не професійна психологічна консультація. не «психологічний дебрифінг», тобто ППД не є обов'язковим детальним обговоренням подій, що викликали дистрес.

ППД- та головне, людина, яка надає ППД повинна зорієнтуватися у потребах і проблемах уцілілих, надати потрібну інформацію про можливість задоволення їхніх потреб, або сприяти отриманню такої інформації із надійного джерела, зв'язати уцілілих з мережами соціальної підтримки, родичами, друзями, сусідами, а також ознайомити з ресурсами громадської підтримки. Важливо в наданні ППД знати і дотримуватись принципів та етичних правил при наданні такого роду допомоги. Протоколи першої психологічної допомоги можуть бути використані фахівцями різних професій, таких як психологи, психіатри, соціальні працівники та медичні працівники, при наданні допомоги людям після різних травматичних подій, таких як природні катастрофи, терористичні акти, насильство чи аварії.

1.2. Принципи та правила надання першої психологічної допомоги

Існують етичні правила, що регулюють надання першої допомоги, а саме безпеку, гідність і права людини. О.Тимченко та співавтори наголошують, що при наданні психологічної допомоги (так званої "кризової інтервенції") необхідно керуватися наступними етичними принципами [31].

1. Емпатійний контакт. Із встановлення емпатійного контакту починається кризове втручання.

2. Невідкладність. Кризове втручання характеризується невідкладністю, граничною терміновістю.

3. Високий рівень активності. Психолог, або людина яка надає ППД повинен проявляти максимальну активність у встановленні контакту з людиною, що переживає кризу, і в зборі інформації, щоб якомога швидше оцінити ситуацію й намітити план дій.

4. Обмеження цілей. Найближча мета кризової інтервенції – запобігання катастрофічним наслідкам. Основна мета – навчити користуватися адаптивними способами подолання кризи й відновлення психічної рівноваги.

5. Підтримка. При роботі з подолання кризи психолог, або людина яка надає ППД у першу чергу забезпечує іншій людині підтримку.

6. Сфокусованість на основній проблемі. Кризове втручання повинне бути досить структурованим, щоб допомогти зосередитися на основній проблемі, що призвела до кризи.

7. Повага. Людина, що переживає кризу, сприймається психологом як знаюча, цілком компетентна, незалежна, яка прагне набути впевненості в собі, здатна зробити самостійний вибір.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, психологічна допомога базується на таких етичних принципах: захист безпеки, гідності й прав людини, відповідність дій психологів та людей ,які надають ППД .

Важливо враховувати також культури й традиціям потерпілих; інформованість помічників щодо інших заходів з реагування на кризову ситуацію; піклування про власну безпеку.

С. Хобфолл і його колеги запропонували : принципи інтервенції в наданні психосоціальної підтримки в умовах екстремальної ситуації: сприяти відчуттю безпеки та садації; самосвідомості та розширенню можливостей громади. Головне це сприяти єдності,сприяти надії[16].

При наданні першої психологічної допомоги необхідно: знайти для розмови тихе місце, де ніщо не відволікатиме; поважати конфіденційність і не розголошувати повідомлені особисті відомості;бути поруч із людиною, але дотримуватися необхідної дистанції з урахуванням її віку, статі та культури; показувати зацікавленість, наприклад, киваючи головою чивимовляючи короткі підтверджувальні репліки;бути терплячим і спокійним; надавати фактичну інформацію чесно говорити про свої знання: «Я не знаю, але постараюся для вас дізнатися»; надавати інформацію зрозумілою мовою, простими словами; висловлювати співпереживання: люди, які говорять вам про свої почуття, перенесену втрату чи важливі події (втрата будинку, смерть близької людини тощо); надати людині можливість помовчати.

При наданні першої психологічної допомоги заборонено: змушувати людину розповідати про те, що з нею відбулося;перебивати і квапити співрозмовника (наприклад, дивитися на годинник, говорити занадто швидко); торкатися до людини, якщо немає впевненості про те, чи прийнято це в її культурному середовищі;давати оцінок тому, що людина зробила або не зробила, або її емоціям;вигадувати того, чого не знаєте;використовувати занадто спеціальні терміни;давати помилкові обіцянки;переказувати співрозмовнику оповідання, почуті від інших;розповідати про свої власні труднощі;думати і діяти так, немов зобов'язані вирішити за іншого всі його проблеми.

Слід зазначити заборонено позбавляти людину віри у власні сили і здатність самій подбати про себе;- описувати людей, використовуючи негативні епітети (наприклад, називати їх «божевільними»). Головне правило надаючи першу психологічну допомогу, все, що потрібно це - бути чесним і довірливим, та поважати права іншої людини.

ППД має чотири оперативні принципи – підготуватися, спостерігати, слухати і з'єднувати.

1. Підготовка. Дізнайтеся, що трапилося та яка допомога та підтримка доступні. Місце розташування Кризові ситуації часто викликають хаос і вимагають термінових дій. Однак, не доходячи до місця критичної події, спробуйте отримати відповіді на наступні питання: Що сталося? Коли і де? Це буває? Приблизні жертви та хто вони? Де і як люди можуть отримати таку допомогу? Хто ще може допомогти? Кризова подія закінчилася? Або це ще можливо? Які небезпеки: терористи, міни, зруйнована інфраструктура? Чи є якісь зони, яких варто уникати.

2. Спостереження. Будь ласка, перевірте умови безпеки. Серйозні травми, що потребують невідкладної медичної допомоги? Подивіться, чи хтось відчуває серйозний біль. Люди які здаються надзвичайно пригніченим або засмученими, вони рухаються, не реагують на інших або знаходяться в стані шоку Чого не можна робити (при спостереженні за людьми) у кризовій ситуації [14]: Не думайте, що у всіх є травми. Не треба патологізувати, не поширювати ярлики: «симптом», «діагноз», «розлад»...

3. Слухати.- встановити основні умови для комфорту: запропонувати супровід; - показати, що їм потрібно і з чим вони повинні жити, запитати, що їм потрібно - слухати їх і намагатися заспокоїти їх; бути дружнім; не змушувати людей розповідати про те, що сталося; поважаючи слухати, особливо якщо людина змушена говорити про те, що сталося.

Якщо людина знаходиться під великим стресом, намагатися заспокоїти її і переконати її, тут комфортно; - допомогти людям заспокоїтися. Тон повинен бути спокійним і врівноваженим. Якщо це не суперечить культурі, підтримувати вільний контакт з людиною під час розмови. Сказати їй, що ви тут, щоб допомогти. Якщо хтось знаходиться в небезпеці, сказати їй про це.

Потрібно дотримуватись основних правил ППД є забезпечують важливий принцип у наданні допомоги - це зберегти гідність іншої людини.

Основні етичні правила надання ППД містяться у наступних положеннях: бути гарантом високоморальної взаємодії. відповідальним за компетентні та якісні дії, за пріоритетність цілей надання першої психологічної допомоги незалежно від поведінки чи реакцій людини; всіляко запобігати і не допускати антигуманних наслідків у своїй діяльності; додержуватися конфіденційності, використовувати інформацію особистого характеру, яку повідомляє людина, лише в її інтересах (виняток становлять випадки, коли виявлені симптоми є небезпечними для самої людини або інших, і доцільно поінформувати тих, хто може надати кваліфіковану допомогу); у спілкуванні виявляти готовність надати допомогу, демонструвати уважне, шанобливе ставлення, не оцінювати дії людини, проявляти щирість, чесність, витримку та повагу; психологічна підтримка має бути теплою, доброзичливою, цілющою, прагнути мінімізувати пов'язані з травмою переживання людини, ставити тільки необхідні запитання і намагатися отримати лише важливу інформацію, без примусу говорити чи тиску; враховувати і з розумінням ставитись до специфіки прояву багатокультурного розмаїття (етнічної й культурної ідентичності, традицій або релігійних канонів), вікових, гендерних, соціальних та інших особливостей людини; бути поруч із людиною, але дотримуватися необхідної дистанції з урахуванням її віку, статі та культури; з повагою ставитись до права людини самостійно приймати рішення.

Перша ментальна допомога в стресовій ситуації за Моше Фархі РІЗУ[16]:

Р – разом, обов'язково бути поряд. Під час травмуючої ситуації людина відчуває себе самотньою і безпомічною. Важливо повернути її до відчуття того, що «ми разом, ти не один».

І – ініціатива, підтримка ефективних дій. Наш перший порив – заспокоювати людину, яка страждає від тривоги. Цього не варто робити. Замість цього слід спонукати до активних самостійних дій, щоб відновити в людини відчуття контролю.

З – запитання, які спонукають до роздумів. Канал спілкування з постраждалими від тривоги в час інциденту повинен бути ментальним, раціональним, ні в якому разі емоційним. Потрібні запитання, які вимагають активувати думки, а не емоції. Не варто говорити «Це нормально – бути наляканим, схвильованим». Варто говорити «Порахуй і скажи, скільки людей/машин/стілців зараз навколо тебе?» або «Де знаходиться найближче до тебе захищений простір?».

У – усвідомлення ситуації. Дуже важливо розповісти людині, яка постраждала, що було до ситуації, і що було після пережитої ситуації. Важливо підкреслити: ця ситуація вже завершилася. Надання першої психологічної допомоги має бути послідовним. Основні етичні норми, принципи і правила загальнолюдського суспільства засновані на безумовному збереженні пріоритетів взаємодії та підтримки. Людина, яка здійснює першу психологічну допомогу повинна діяти за найважливішим принципом «не нашкодь». Важливо зазначити, що дотримання етичних принципів у наданні ППД, бути чесним і гідним довіри; поважати право людини самостійно приймати рішення; чітко дати людині зрозуміти, що, навіть, якщо вона відмовляється від допомоги зараз, вона може звернутися за нею згодом.

1.3. Аналіз методів та форм першої психологічної допомоги

Перша психологічна допомога (ППД) - це форма професійної допомоги, яка надається людям у стресових ситуаціях, наприклад, після травматичних подій, надзвичайних ситуацій, терористичних атак, стихійних лих, війн або інших подій, які можуть призвести до травми або емоційних розладів. Основні методи та форми ППД, які використовують психологами та фахівцями з психічного здоров'я, включають наступне:

Підтримка. Основна мета підтримки - допомога людям відчувати, що вона не сама і що її проблеми є у продажу. Підтримка може бути надана у вигляді слухання, підтримки від друзів та батьків, підтримки від спільноти або підтримки від професійних психологів та консультантів.

Консультування. Консультування може бути надане психологом, щоб допомогти людям зрозуміти та вирішити її проблеми. Під час консультування психолог може допомогти клієнту зрозуміти її почуття та емоції, встановити мету та надати практичні поради.

Психотерапія. Психотерапія - це процес, в якому клієнт і психотерапевт працюють над нервовими проблемами, щоб знайти рішення. Психотерапія може бути надана в окремих випадках індивідуальної терапії, групової терапії або парної терапії.

Когнітивно-повідінкова терапія. Когнітивно-повідінкова терапія (КПТ) - це форма психотерапії, в якій техніки зміни мислення та поведінки, які ведуть до покращення емоційного стану та поведінкових звички клієнта. КПТ може бути використана для лікування різних розладів, включаючи депресію, тривожність, фобії та посттравматичний стресовий розлад. Емоційна підтримка.

Емоційна підтримка - це форма підтримки, яка надається без допомоги людям розробити стратегії послаблення емоційного дискомфорту та стресу.

Це можна виконати за допомогою різних технік, таких як глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація, медитація та інші.

Психосвіта. Психосвіта - це форма навчання про психічне здоров'я та емоційні проблеми. Це може включати інформацію про симптоми та лікування різних розладів, а також навички для покращення емоційного стану та психічного здоров'я.

Доступ до ресурсів. Доступ до ресурсів - це форма ППД, яка надає людям доступ до різних ресурсів і послуг, які можуть бути корисними для покращення її емоційного стану та здоров'я. Це може включати посилання на психологічні служби, соціальні служби, групову підтримку та інші ресурси.

Важливо зазначити, що ППД має бути надана як фахівцям з психічного здоров'я, психологам, психотерапевтам так і людям які мають досвід роботи з людьми в кризових ситуаціях. При виборі методів та форм ППД слід враховувати індивідуальні потреби особи яка опинилась в кризовій ситуації так і можливості та рівень знань тих хто її надає.

Існує багато різних методів та технік першої психологічної допомоги (ППД), які можуть бути використані для покращення емоційного стану та допомоги людям у кризових ситуаціях. Ось декілька з них:

Активне слухання: це метод, що відбувається у вмінні слухати людину та відображати її почуття та думки. Він забезпечує активну увагу до того, що людина говорить, та зосередження на її емоційному стані.

Розслаблення: це метод, який використовує спеціальну техніку для зниження рівня стресу та напруги в тілі. До цих технік можуть належати глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація та інші.

Підтримка: це метод, який передбачає надання підтримки та розуміння людини, яка переживає стресову хворобу. Він трапляється у тому, щоб бути терплячим, чуйним та показувати інтерес в її проблемі.

Когнітивно-повідінкова терапія (КПТ): це метод, що забезпечує використання позитивних думок та зміни негативних установок. Він забезпечує розвиток позитивних мислень та розуміння того, як негативні установки впливають на емоційний стан.

Соціальна підтримка: це метод, який використовує підтримку від родини, друзів, колег та інших людей, які можуть допомогти зі стресовою ситуацією. Він передбачає пошук та використання ресурсів, які можуть знизити рівень стресу. Спираючись на низку загальних принципів, при застосуванні методів при наданні ППД можна віднести:

Посилання на ресурси: надання інформації про ресурси, які можуть бути корисні для людини в даній ситуації, такі як групова підтримка, професійні консультанти та інші. Позитивне підсилення: зосередження на позитивних аспектах ситуації та допомога людям знайти переваги у тому, що відбувається. Надання інформації: надання точної та зрозумілої інформації про те, що відбувається та які можуть бути можливості для розв'язання проблеми. Увага: зосередження на людині та її потребах, врахування її думок та активного стану. Розвиток навичок: надання можливості навчитися новим навичкам та стратегіям, які можуть допомогти у подальшому.

Загалом, методика та техніка ППД є інструментом для допомоги людям у кризових ситуаціях. Їх використання може сприяти покращенню емоційного стану та зменшенню впливу стресу на життя людини. Одним із використовуваних методів у наданні ППД в роботі з дітьми та дорослими в кризових ситуаціях є арт-терапевтичний метод.

Арт-терапія - це метод ППД, який використовує мистецтво та творчість як засіб для покращення фізичного, емоційного та психічного благополуччя людини. Цей метод може бути особливо ефективним для людей, які мають складність зі словесним вираженням своїх емоцій та думок.

Арт-терапія може бути використана для різних цілей, включаючи зменшення стресу, поліпшення настрою, підвищення самопочуття та самопочуття, покращення комунікації та зняття фізичного болю. Цей метод може бути корисним для людей з іншими психічними та емоційними проблемами, включаючи тривогу, депресію, посттравматичний стресовий розлад та інші.

Основна ідея арт-терапії полягає в тому, що творчість може допомогти людям виразити свої емоції та думки, які важко передати словами. Це може допомогти людям знайти нові способи розуміння вашого контексту та способи розв'язання своїх проблем. Арт-терапія може включати в себе різні види мистецтва, такі як малювання, скульптуру, музику, танці та інші. Загалом, арт-терапія є ефективним методом PPD, який може допомогти людям знайти нові способи виразити свої емоції та думок, покращити власне самопочуття та зменшити вплив стресу на її життя. Цей метод може бути використаний як самостійний метод ППД, або в поєднанні з іншими методами лікування.

Кожен із вище розглянутих методів має свої переваги та може бути використаний для різних цілей та проблем. Важливо, що ППД не є заміною повноцінної психологічної пам'яті, але може надати тимчасову допомогу та підтримку людям у складний період їх життя.

Найважливішим аспектом використання методів ППД є індивідуальний підхід до кожної людини, врахування її потреб та особливостей. Таким чином, правильне застосування методів ППД може допомогти зменшити емоційний та психічний дискомфорт, покращити якість життя та забезпечити більш ефективну адаптацію до життєвих ситуацій.

Висновки до розділу 1.

Отже провівши аналіз теоретичного матеріалу та розглянувши загальну характеристику першої психологічної допомоги слід зазначити, що основне завдання ППД полягає в наданні практичної допомоги особам, які пережили кризову подію та допомогти у задоволенні базових (фізичних) потреб цих людей. Сприяти убезпеченню осіб, які можуть стати жертвами насильства чи дискримінації; захист людей від подальшої шкоди.

Важливо, щоб люди які надають ППД змогли заспокоїти, сприяти стабілізації емоційного стану людей у стресі; вислухати, але не примушувати їх говорити, підтримати і за можливості посилити у потерпілих почуття власної спроможності допомогти собі й іншим. Люди, які надає ППД повинні зорієнтуватися у потребах і проблемах уцілілих, надати потрібну інформацію про можливість задоволення їхніх потреб, або прийати отримання такої інформації із надійного джерела, зв'язати уцілілих з мережами соціальної підтримки, родичами, друзями, сусідами, а також ознайомити з ресурсами громадської підтримки.

ППД відрізняється від фахової психологічної допомоги, яку можуть надавати лише спеціалісти і ту якою оволоділи люди пройшовши певні курси чи за допомогою самоосвіти.

Важливо при наданні ППД дотримуватись принципів та етичних правил поведінки. Надаючи психологічну першу допомогу, потрібно бути чесним і гідним довіри та поважати права іншої людини. Право людей приймати власні рішення, усвідомлювати власні упередження та відкидати їх. Не бути упередженим чи упередженими, навіть якщо відмовляються від допомоги зараз, залишатись ввічливими. Оволодіти навичками просити про допомогу зараз і просити про допомогу в майбутньому. Зберігати конфіденційність і запобігати неналежному поширенню персональних даних людей яким була надана допомога.

Потрібно враховувати культуру та вік відповідної особи, а також діяти в спосіб, що враховує її культурні та гендерних відмінності.

Особі яка надає першу психологічну допомогу заборонено зловживати своїм становищем. Вимагати гроші чи послуги за допомогу або давати неправдиві обіцянки, надавати неправдиву інформацію та перебільшувати свої знання чи навички, нав'язувати допомогу або поводитися нав'язливо чи неприємно. Примушувати жертву розповісти про те, що з нею сталося та розповсюджувати отриману від неї особисту інформацію та давати їй оцінку.

Перша психологічна допомога (ППД) визначає гуманні, підтримуючі заходи реагування на страждання особи, яка може потребувати підтримки.

Слід пам'ятати хоча допомога надається іншим, пережите в кризовій ситуації може негативно вплинути і на того, хто надає цю допомогу. Відповідальне надання допомоги також означає турботу про власне здоров'я і благополуччя. Фахівцям з надання такої допомоги необхідно берегти себе, щоб краще піклуватися про інших. Важливо відмітити надання ППД не передбачає значних професійних знань, достатньо отриманих в межах загальноосвітніх психологічних інформувань, головним принципом надання ППД з етичної точки зору це природна здатність проявляти співчуття, людяність. Важливою характеристикою першої психологічної допомоги є її простота.

Найважливішим аспектом використання методу ППД є індивідуальний підхід до кожної людини, враховуючи її потреби та особливості. Тому правильне застосування методик ППД може зменшити емоційний та психологічний дискомфорт, покращити якість життя та ефективніше адаптуватися до життєвих ситуацій. Серед методів ППД можна виділити розмовну терапію, когнітивно-поведінкову терапію, релаксаційні техніки, арт-терапію та інші.

Кожен із цих методів має свої переваги і може бути використаний для різних цілей і завдань. Перша психологічна допомога не може замінити повноцінну психологічну пам'ять людини, але важливо, що вона може надати тимчасову допомогу та підтримку людям у важкі періоди життя.

Таким чином, загальна характеристика першої психологічної допомоги полягає у наданні тимчасової та швидкої допомоги людям, які потребують підтримки в емоційному, психічному та фізичному стані. Перша психологічна допомога має на меті зменшення психічного дискомфорту, що виникає внаслідок стресу, травми, сильного навантаження та інших життєвих ситуацій. Цей вид допомоги надається психологам, психіатрам, соціальним працівникам, а також іншим фахівцям, які мають достатньо знань та навичок у цій галузі. Перша психологічна допомога є важливою складовою системою охорони здоров'я та соціальної допомоги, що дозволяє вчасно втручатись у ситуацію, коли людина потребує емоційної підтримки та допомоги у вирішенні своїх проблем. Вона є особливо важливою у випадках кризових ситуацій, таких як після травми, при втраті близької людини, при виникненні стресових ситуацій на роботі та в особистому житті. У світі в останні роки все більше уваги приділяється розвитку системи першої психологічної допомоги, особливо в умовах пандемії COVID-19 та війни в Україні. Застосування методів ППД дозволяє підтримати людей, які відчули емоційний та психічний дискомфорт внаслідок пандемії, воєнних дій та природніх катастроф допомогти та їм знайти способи адаптації до нових умов життя та зберегти психічне здоров'я - є головне завдання.

Отже, перша психологічна допомога має велике значення для забезпечення психічного благополуччя та підтримки людей у складних життєвих ситуаціях. Розвиток системи ППД та використання сучасних методів та техніки забезпечує належну підтримку та допомогу всім, хто її потребує.

РОЗДІЛ 2. КРИЗОВЕ СУСПІЛЬСТВО ТА ЙОГО ЗНАЧЕННЯ У СЬОГОДЕННІ

Терміном «криза суспільства» позначають момент, коли модель функціонування суспільства дає серйозні збої, що призводять до руйнування всієї системи, коли неможливе відтворення соціальної системи на минулих принципах, коли руйнується сформована організація життя суспільства. Криза, що розпочинається в суспільстві, дезорганізовує його систему відносин і цінностей.

Кризи можуть виявлятися і як системні, і як часткові – кризи окремих підсистем. Часткові кризи істотно впливають на стан усієї суспільної системи, але не завжди спричиняють її зміну. Слід зазначити, що процеси розгортання етапів соціально-психологічних криз недостатньо вивчені. Увага, як правило зосереджується або на причинах виникнення кризи, або на змінах, до яких вона призводить. Сама ж криза за традицією вважається переходом, стрибком, «чорним ящиком», у якого відоме лише те, що на вході і виході.

Криза – це певне переосмислення життєвого досвіду, це погляд на буденні речі крізь призму механізмів психологічного захисту, в результаті якого людина виходить на новий рівень життя або «застрягає» на певному етапі свого розвитку, як зазначає Л.І. Анциферова, [15, с. 3–4].

Суспільні кризи виникають у соціумі доволі несподівано. Специфічною рисою вияву сучасної світової соціально-економічної кризи в Україні є те, що вона покладена на затяжну системну кризу українського суспільства. Тривала внутрішня криза, як зазначає І.П. Маноха [21], на різних етапах виражається в різних формах – як політична, економічна чи соціальна. Всі ці кризи постійно супроводжує морально-психологічна криза суспільства. Поєднання внутрішніх криз із глобальною створило таку загрозливу ситуацію, коли під питанням постає суверенітет держави.

Точки зору про перебування суспільства у стані перманентної кризи дотримуються багато психологів, юристів, економістів, зокрема :В. Ворона припускає те, що особливість України в тому, що вона з моменту своєї незалежності ніколи не знала некризового стану. Всі ці роки Україна переживала різні види криз: економічну, елітну, політичну, психологічну... На шляху українського суспільства не траплялось такого, коли ми б можна було сказати: це нормальний стан. Все це говорить лише проте, що наша країна переживає перманентну кризу, оскільки декларувалось одне, а реально будувалось інше [15].

Особистість, як невід'ємна складова будь якого суспільства, адже саме вона є індикатором та важливою складовою ,яка відображає і втілює суспільні явища. Проблеми у суспільстві прямо чи опосередковано впливають на формування та становлення особистості в цілому. Цивілізаційні виклики ростуть по експоненті і синхронно з ними – ступінь травмованості кожної людини окремо так і суспільства.

Війна з росією, зубожіння населення, погіршення епідеміологічної обстановки на тлі пандемії COVID - 19 переводять проблему стресостійкості та відновлення життєвих сил в умовах криз із суто теоретичних розмірковувань переросло у пряму практичну проблему, від вирішення якої залежатиме доля самої нації. «Війна є руйнівною для військових і цивільних, особливо для тих, хто безпосередньо знаходиться у бойових умовах. Люди дегуманізують інших і дегуманізуються самі під впливом досвіду війни» **[Ошибка! Источник ссылки не найден.]**, як пише Роберт Лойер, досліджуючи вплив війн останніх десятиліть ХХ століття на якість життя особистості. Автори масштабної історичної реконструкції поняття психічної травми Н.Ю. Федуніна і О.В. Бурмістрова пишуть про викликані війною інтенсивний страх, безпорадність, відчай, біль фізичний и душевний, які не проходить безслідно [15].

За сучасних умов саме перша психологічна допомога та методи відновлення психологічних ресурсів, які є в розпорядженні кожного з нас, хто не хоче виступати з позиції виключно жертви, а, долаючи власну віктимність, повинен знайти ті внутрішні ресурси для подолання негативних станів викликаних у кризовому суспільстві.

Таким чином, проблема має багатобічні виміри: психологічна допомога постраждалим від кризи у відновленні їхньої суб'єктності шляхом подолання деструктивних форм поведінки та деструктивних емоційних станів; розробка та опрацювання психопрофілактичних засобів перешкоджанню пагубних впливів кризи суспільства на особистість; нейтралізація соціально шкідливих інтервенцій у специфічне довкілля (насамперед, підлітки, юнацтво та громадяни похилого віку).

Переживання особистістю кризової події у кризовому суспільстві поряд з виникненням гострих негативних емоцій відчаю, депресії містить внутрішній потенціал особистісного зростання, який полягає в мобілізації життєвої активності, в розумінні й прийнятті себе, в переосмисленні власного життя, в формуванні нових зв'язків, у включенні глибинних резервів психіки, в кінцевому рахунку – в пошуку людиною сенсу життя, якщо вона опинилася в кризовій життєвій ситуації, яку вже неможливо змінити.

Досвід істотних позитивних змін у житті людини, що є результатом боротьби з кризовим станом, прийнято називати посттравматичним або стресовим особистісним ростом. Ці поняття відображають здатність людини до особистісного росту в процесі подолання стресової або кризової ситуації.

Стресіндуковане та посттравматичне зростання може виявлятися:

а) набутті більшої життєвої сили, оскільки людина може розкрити в собі невідомі до цього їй самій психічні та фізичні можливості, що дозволяють сформулювати нові життєві стратегії та розширити діапазон поведінки;

б) у психологічній готовності до подолання екзистенційних перешкод, оскільки завдяки досвіду ефективного опанування кризи. Людина стає не просто краще підготовленою до подальших важких ситуацій, але й менше до них схильною;

в) у екзистенційній переоцінці, оскільки в результаті боротьби за повернення внутрішньої гармонії, людина може отримати досвід духовного перетворення, що передбачає, зокрема, більш виражене переживання наявності сенсу і мети в житті і більшу задоволеність життям в цілому.

Незважаючи на велику кількість емпіричних досліджень, присвячених різним аспектам вивчення особистісної кризи та її подолання у кризовому суспільстві зокрема: «переломна ситуація», «екстремальна ситуація» (М.Ш.Магомед-Емінов) [24], «психотравмуюча ситуація» (Т.С. Кириленко) [23], «критичний стан буття» (І.П. Маноха) [21], проблема далека ще від остаточного рішення особливо в умовах кризового суспільства.

Здійснюючи теоретичний аналіз першопричин виникнення суспільної кризи, слід спиратись на вчення психології, де суспільна криза розпочинається з кожної людини зокрема, яка має свій неповторний світ, який формується, змінюється, вдосконалюється впродовж життя.

Особистість долає життєвий шлях від дитинства до юнацтва, від зрілого до старечого віку, неодноразово розпочинаючи все спочатку, шукаючи нову траєкторію руху, зміцнюючи свій життєвий задум. І коли під загрозою опиняється цей життєвий задум, проєкт майбутньої світобудови, коли руйнується – частково чи майже дощенту – стара світобудова, тоді людина переживає життєву кризу, особливо гостро це відбувається в умовах кризового суспільства. Все треба переглядати, відмовляючись від звичних уявлень про цінності, ідеали, смисли. Криза – це завжди запитання, іще раз запитання... [21, с. 26–27].

Криза – тривалий стан, який не дає змоги зрозуміти, що саме в реальному житті потрібно оновити, як цього досягти та від чого відмовитися. Переживання необхідності модифікації особистості може тривати місяці та роки. У разі успішного результату кризи суб'єкт здобуває новий життєвий досвід, особистісно зростає. У разі несприятливого результату кризи відбувається фіксація на неадекватних способах розв'язання ситуації або виникає захворювання [31]. М.О. Шульга зауважує, що в українському суспільстві несприятливі обставини знайомі кожному, внаслідок чого виявляється тенденція до збільшення соціальних стресів. Однак індивіди переживають однакові екстремальні ситуації по-різному.

Навіть та сама людина, що минулому сприймала якусь неприємність доволі легко, тепер може переживати подібну колізію як особисту катастрофу. Інтенсивність соціальних катаклізмів для кожної людини є різною – залежно від досвіду, стресостійкості, загартованості щодо випробувань, загального песимістичного чи оптимістичного погляду на життя. Тому світ людини поєднує зовнішнє і внутрішнє у нерозривну цілісність, відтак неможливо визначити, всередині чи зовні слід шукати причини кожної кризи [31, с. 7–27]. Соціальні проблеми, що виникають в умовах кризового суспільства, які людина визначає як нерозв'язні оцінюються як нерозв'язні. Чим довше триває період внутрішнього неспокою тим більше виражені проблеми з міжособистісною та фізичною свободою. В результаті придушення небажаних почуттів і переживань в організмі виникає захисну функцію, яка проявляється в організації та інтересах організму. Активне життя поступово зникає. Тому вкрай важливо навчити сучасне українське суспільство ,яке перебуває в стані кризи вже понад тридцять років навичкам надання першої психологічної допомоги, щоб попередити ,або забрати подальші прояви посттравматичної ситуації.

2.2.Зміни в структурі особистості під впливом кризової події

Протягом життя людина кожна з життєвих ситуацій особистості більшою чи меншою мірою обумовлює перспективу подальшого життя, вносить певні корективи в плани та цілі, що ставить перед собою кожна людина (О.Ф. Бондаренко, М.С. Корольчук, В.М. Крайнюк, Є.М. Потапчук, С.І. Яковенко та ін.).

Поняття «Криза» (від греч. «krisis» – рішення, поворотний пункт, результат) трактується як переломний момент, важкий перехідний стан, загострення, небезпечний нестійкий стан. Криза - це ситуація емоційного й розумового стресу, що вимагає значної зміни уявлень про світ і про себе за короткий проміжок часу.

Найчастіше подібний перегляд уявлень спричиняє зміни в структурі особистості. Ці зміни можуть носити як позитивний, так і негативний характер. Згідно з даним визначенням, особистість, яка перебуває в кризі, не може залишатися колишньою; іншими словами, їй не вдається осмислити свій актуальний психотравмуючий досвід, оперуючи знайомими, шаблонними категоріями або використовувати прості звичні моделі пристосування [14].Життєвий шлях особистості пов'язаний із проходженням різних критичних ситуацій, які, можна позначити як етапи руйнування, коли відбувається ламання, відмирання або позитивна дезінтеграція деяких наших природних способів бачення світу, пізнання себе й ставлення до навколишнього.Слово «криза» підкреслює момент порушення рівноваги, появи нових потреб і перебудови мотиваційної сфери особистості.

Існує чотири ключових поняття, якими в сучасній психології описуються критичні життєві ситуації. Це поняття стресу, фрустрації, конфлікту й кризи [28].

Кризові стани особистості характеризуються високим рівнем нервовопсихічної напруги аж до перенапруги й психічного виснаження. Важливими ознаками кризових станів особистості є високий рівень тривоги, депресії, почуття безпорадності, апатії, суму, гніву, фізичного стомлення, зниження самооцінки, сенситивність, а також наявність психологічної фрустрації як нездоланої перешкоди або життєвої ситуації.

Психологічно кризовий стан особистості характеризується інтенсивними негативними емоціями: почуттям невизначеності, занепокоєнням, тривогою аж до дезорганізації, фіксацією на психотравмуючій ситуації, переживаннями власної безпорадності, неспроможності, самотності, безнадійності, песимістичною оцінкою власної особистості, актуальної ситуації й життєвої перспективи, вираженими утрудненнями в плануванні майбутнього. У термінах «подія» і «криза» ми виділяємо наступні істотні ознаки: небезпечний перехідний стан (термін «криза») і особистість подій, сумісність за часом (термін «подія»).

Дві характеристики поняття «кризова подія» - «спільна небезпека» і «небажаність» - розкривають систему ознак, що входять до змісту даного поняття. Події, викликані діяльністю людини, можуть направити гнів проти тих, хто несе відповідальність за те, що сталося, і часто це підсилює емоційний вплив.

Якщо те, що сталося, скоєно навмисно або цього можна було запобігти, це ще більше підсилює вплив події, оскільки ще важче змиритися із втратою, причиною якої стала людина, яка і хотіла заподіяти шкоду, наприклад, у разі застосування катувань або правопорушень.

Розуміння того, що втрати можна було уникнути, також призводить до підвищеного почуття провини розміщено на Рисунку 2.1.

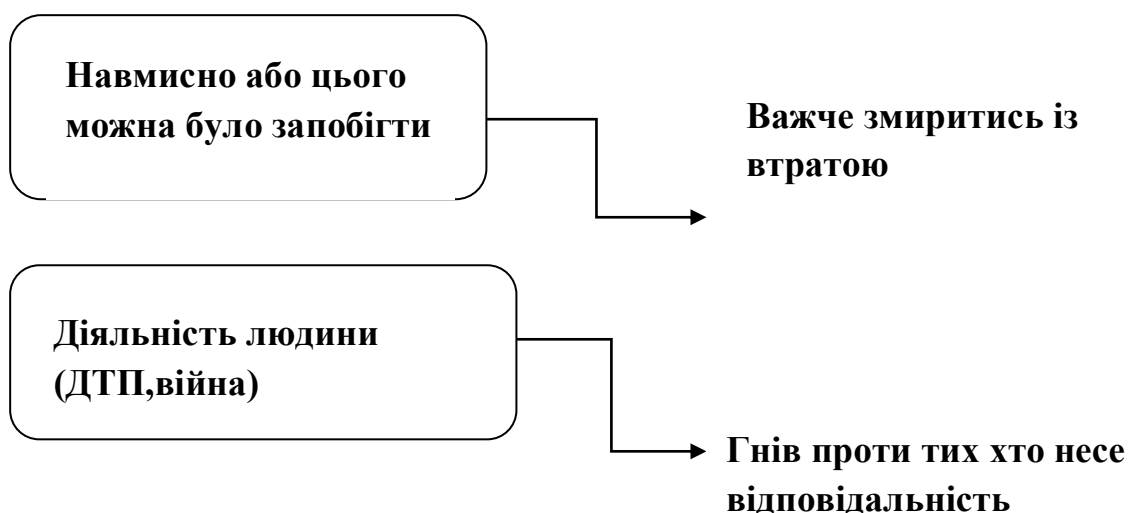


Рис.2.1.Емоційний вплив кризової події.

У людини під час кризової ситуації можуть бути такі реакції: апатія, ступор, істерика, агресія, страх, нервово-тремтіння, рухове збудження, плач. При аналізі й визначенні сутності кризової події можна виділити п'ять підходів, послідовно п'ять різних варіантів розгляду даної категорії життєвих ситуацій: психологічний; соціологічний; філософський; технічний. Психологічний аналіз звертає увагу на наступні параметри кризової події: 1) несприятливі умови для життєдіяльності; 2) подія має загрозливий характер; 3) різке зростання внутрішньоособистісної напруженості; 4) виснаження адаптаційних ресурсів і «прорив» адаптаційного бар'єра; 5) зміна динамічних стереотипів поведінки; 6) кризовий стан особистості.

Кризовий стан треба розглядати як нормальну реакцію людини на аномальну (психотравмуючу) подію. Це пов'язане з тим, що людина в процесі подолання кризи може набути нового досвіду, розширити діапазон своїх адаптивних резервів. З іншого боку, у тому випадку, якщо людина схильна реагувати на кризу дезадаптивними реакціями. Криза може поглибитися й викликати хворобливий стан, що вимагає спеціалізованої медичної допомоги (психіатра, психотерапевта, суїцидолога).

Розвиток клінічної симптоматики в цьому випадку може прийняти катастрофічний характер і призвести до важких порушень психіки (психічних захворювань), смерті або суїциду.

При наданні психологічної допомоги (так званої «кризової інтервенції») психолог повинен керуватися наступними принципами:

1. Емпатійний контакт. Це найважливіша умова кризової допомоги. Співпереживання й розуміння психологічного стану іншої людини – це найпростіше й саме складне. Із встановлення емпатійного контакту починається кризове втручання.
2. Невідкладність. Кризове втручання характеризується невідкладністю, граничною терміновістю.
3. Високий рівень активності психолога. Психолог повинен проявляти максимальну активність у встановленні контакту з людиною, що переживає кризу, і в зборі інформації, щоб якомога швидше оцінити ситуацію й намітити план дій.
4. Обмеження цілей. Найближча мета кризової інтервенції – запобігання катастрофічним наслідкам. Основна мета – навчити користуватися адаптивними способами подолання кризи й відновлення психічної рівноваги.
5. Підтримка. При роботі з подолання кризи психолог у першу чергу забезпечує клієнтові підтримку.
6. Сфокусованість на основній проблемі. Кризове втручання повинне бути досить структурованим, щоб допомогти зосередитися на основній проблемі, що призвела до кризи.

Важливий момент зазначений у останньому пункті а саме :

7. Повага. Людина, що переживає кризу, сприймається психологом як знаюча, цілком компетентна, незалежна, прагнуча набути впевненості в собі, здатна зробити самостійний вибір.[22]

Кризова допомога повинна бути реалістичною й цілеспрямованою, тому її загальна стратегія може бути побудована за типом навчання стратегії розв'язання проблем. Реакція людей залежить від особистих факторів, таких як особистість і рівень стресу, який вони відчувають в даний момент. Важливо розуміти, що будь яка реакція в умовах кризової події є нормальною за ненормальних умов. У деяких людей сильні емоції можуть з'явитися негайно, тоді як інші можуть відреагувати через кілька година бо навіть днів. Під час кризової події людині необхідна допомога та підтримка, чим довше постраждала відкладає звернення про допомогу тим важче її психологічне відновлення. Людина яка володіє навиками ППД своєчасно і на місці може її надати сприятиме усуненню важких наслідків зокрема ПТСР. Існує багато зовнішніх чинників, які можуть впливати на тонкі духовні організації, які можуть спричинити фізичну інвалідність : зміна місця навчання або роботи, маргіналізація, спричинена зовнішніми соціальними факторами. Відчуження, спричинене соціальними факторами, такими як інфляція, тощо. Наслідки таких життєвих ситуаціях виникає психологічний стан, який називається кризою. Цей стан призводить до змін у психічній та фізичній організації людини. Відбувається певна сублимація психічного і фізичного тіла. Людина в такому стані потребує механізму для встановлення контакту зі світом, який дозволяє їй відновити відчуття рівноваги та подальшого особистісного зростання. Одна з можливих змін, що можуть відбутися, це зміна рівня тривожності і стресу. Кризова подія може спричинити виникнення або посилення вже наявних тривожних станів, що може спричинити зміни поведінки та сприйняття навколишнього світу.

2.3. Види протоколів надання ППД в кризових ситуація

Протоколи першої психологічної допомоги - це стандартизовані інструкції для надання допомоги людям, які пережили психологічну травму або емоційний стрес. такі протоколи розробляються на основі наукових досліджень і відносяться до міжнародних стандартів. У даному розділі розглянемо декілька зразків протоколів розроблених фахівцями та структуру проведення першої психологічної допомоги.

Протоколи першої психологічної допомоги відповідають рекомендаціям щодо того, як надати допомогу людям, які пережили психологічну травму, мають включати такі етапи:

1. Оцінка ситуації: фахівець повинен оцінити проблему та програму, яка несе загрозу для життя або здоров'я людей.

2. Забезпечення безпеки: фахівець повинен допомогти людям встановити контакт зі своїми рідними та близькими, забезпечити їм захист від небезпеки та знайти безпечне місце для перебування.

3. Зниження стресу: фахівець повинен допомогти людям знизити рівень стресу та тривоги шляхом надання психологічної підтримки та розмови з ними про те, що сталося.

4. Підтримка: фахівець повинен допомогти людям знайти підтримку у власному оточенні та надати інформацію про ресурси, які можуть бути корисними для подальшого відновлення.

5. Надання інформації: фахівець повинен надати людям інформацію про те, що сталося та що можна очікувати в майбутньому. 6. Супровід: фахівець повинен запропонувати подальший супровід для людей які пережили психологічну травму, наприклад, рекомендації щодо звернення до професійної психологічної допомоги.

2.3.1. Протокол ППД (А. Гершанов)

Міжнародний експерт по травмі, психотерапевт когнітивно-поведінкової терапії Олександр Гершанов [Ошибка! Источник ссылки не найден.] розглядаючи особливості надання кризової підтримки, пропонує таку послідовність дій при надання першої психологічної допомоги в гострих стресових ситуаціях:

1. Заспокоїтися самому. Працювати тільки в достатньо стабільному емоційному стані. 2. Вкрай важливо не говорити про емоції.

3. Не говорити такі фрази: «Заспокойтеся», «Все буде добре», «Все пройде», «Життя налагодиться» тощо.

4. Сповільнити темп, щоб уповільнити реакції людини, якій надаємо допомогу. Говорити в більш повільному темпі, ніж зазвичай (набагато повільніше). Для людини, якій ми надаємо допомогу, зовнішній світ зруйнований, немає нічого стабільного. Необхідно бути реальними і дати відчуття опори, впевненості та стабільності.

5. Говорити чіткими короткими фразами. Можна підвищити голос. Почати можна з фрази «Подивися на мене. Ти бачиш мене?». Людина досліджує ефект тонального зору. Потрібно розширити цю тональність.

6. Встановити контакт і дати перше відчуття того, що є ще щось, крім пережитого жаху. Спочатку варто представитись. Не говорити, що ви є психологом. Психолог, психіатр, психотерапевт – ці слова краще не озвучувати: людина може почати додатково хвилюватися, що з нею щось не так.

7. Запитати ім'я людини: «Як вас звати?».

8. Далі запитати «Куди Ви йшли?», «Що Ви робили?», «Що збиралися робити, коли (завила сирена, почалися обстріли – назвіть ситуацію, про яку раніше вам розповідала людина)?». Гострий стрес може розірвати неперервність життя. Ці запитання з'єднують ситуації в одну ціль, повертають відчуття неперервності життя.

9. Повторювати за людиною відповідь чітко і ясно. Додайте, якщо знаєте ситуацію, без емоцій та подробиць. Ми озвучуємо порядок до того, як відбулася ситуація, потім саму ситуацію і те, що відбулося після.

10. Потрібно включити мислення, повернути відчуття контролю та особистої значущості. Цей етап потребує вашої творчості. Можна, наприклад, попросити порахувати людей, міряти комусь тиск (якщо є можливість), подивитися номери будинків довкола. Приклад формулювання «Допоможіть, мені дуже потрібно дізнатися, які номери найближчих будинків – того і того, у мене поганий зір».

11. Нормалізація. Говоримо про реакції, які відчуває людина: «Перекажіть те, що Ви бачите та відчуваєте, наприклад: сльози, розгубленість, тривога, спустошення, агресія.

12. Шукаємо ресурси. Завершуємо розмову з людиною на пошуках власних внутрішніх ресурсів сили. Важливо, щоб людина згадала свої приклади, варіанти справлятися у стресовій ситуації. Будь-які можливості давати собі раду: комп'ютерні ігри, прогулянка з собакою, пробіжка, їжа – всі варіанти, крім алкоголю та наркотиків, можливі. Не наше завдання зараз оцінювати способи справлятися зі стресом. Найкращий спосіб пережити шоківі стресові ситуації – це відновлення контролю (за допомогою дій) і зв'язків з іншими людьми.

13. Ситуація, коли людина в ступорі. Якщо людина застигла та не реагує, застосовуйте голос (скажіть що-небудь впевнено та голосно), візуальні подразники (помахати рукою перед очима).

2.3.2.Протокол надання ППД(Б. Рафаель)

Б. Рафаель (B. Raphael) вказує, що перша психологічна допомога повинна включати чотири складові, підкреслюючи послідовність її проведення, науковець зазначає, що перші заходи повинні бути спрямованими на задоволення базових потреб людини. Наступні кроки містять різні рівні підтримки та перенаправлення в залежності від потреб **[Ошибка! Источник ссылки не найден.]**. Протокол ППД має містити такі заходи як: звернення до базових потреб (фізичний захист, досягнення почуття безпеки, задоволення фізіологічних потреб); Модель індивідуального кризисного втручання (Дж. С. Еверлі) Дж. С. Еверлі (George S. Everly, Jr.) та Дж. М. Летінг (Jeffrey M. Lating) розробили модель надання першої психологічної допомоги – «RAPID PFA» **[Ошибка! Источник ссылки не найден.]**.

Основу цієї моделі складають п'ять аспектів, призначених для пом'якшення гострого стресу та оцінювання необхідності подальшої психологічної допомоги: 1 активне слухання та співрозуміння (Rapport and Reflective listening); 2 оцінювання потреб (Assessment of needs); 3 пріоритизація (Prioritization); 4. інтервенція (Intervention); 5. диспозиція (Disposition).

R – встановлення стосунків, налаштування та рефлексивне слухання.

Немає однакових людей та однакових ситуацій, тому не варто бути самовпевненим та упередженим. У багатьох випадках люди самі скажуть про те, чого потребують, можуть підказати, як краще допомогти. Потрібні неупередженість, співчуття та присутність.

A – швидке оцінювання потреб: здатність швидко, майже одразу, визначити, хто страждає на гострий стрес, а хто – ні. Це не формальна діагностика, а розпізнавання тих, хто потребує допомоги, а хто перебуває в більш стабільному стані.

Р – пріоритизація: визначення найнагальніших завдань.

І – втручання: що можна зробити зараз, щоб стабілізувати стан людини, пом'якшити гостре страждання. Спробувати задати такі запитання, зокрема: Що я можу зробити, щоб допомогти? Що ми можемо сказати та зробити, щоб відкрити дорогу до зцілення?

Д – диспозиція. Налагодивши стосунки та взаємозв'язок, щоб прояснити нагальні потреби, ми дослухаємось до людей, оцінюємо необхідність втручання, надаючи пріоритет тим, хто потребує невідкладної допомоги.

На думку всіх розробників, перша психологічна допомога не має бути одноразовим втручанням, допомога постраждалим передбачає тривале спостереження, догляд та залучення інших форм психосоціальної підтримки.

2.3.3. Протокол ППД ЯАЛОМ

Перша психологічна допомога на полі бою [19]

1. Встановити контакт (зоровий, слуховий, реагуючий). «Поглянь на мене! Ти мене бачиш? Ти мене чуєш? Мене звати Як звати тебе? Я потисну тобі руку – потисни мені її у відповідь! Ти в порядку?». Цей етап важливий для зв'язку з реальністю.

2. Підкреслити прихильність. «Я буду з тобою, ти не один. Ти молодець. Ти справляєшся». Цей етап важливий для зменшення відчуття самотності та спроможності. 3. Запитайте про факти. Короткі, засновані на фактах запитання: «Яке сьогодні число? Де ти стояв? Хто був тут із тобою? Хто твій командир? Куди ти йшла? Звідки? Що сталося?». На цьому етапі ми допомагаємо активувати раціональність і знижуємо емоційний шквал.

4. Підтвердити хронологію (відбулося, відбувається, відбудеться). Чітко повторюйте, що відбулося, що відбувається і що потрібно зробити. Чітко і лише про дії. «Ім'я... Ми були в будинку і в нас влучила ракета, вони все ще стріляють, ми повинні відповідати. Ім'я... Ти йшла додому одна. Йшла до магазину по хліб. Поряд влучила ракета, обстріл продовжується, ми повинні подбати про безпеку». Мета цього етапу – відновити життєву неперервність, зменшити плутанину подій.

5. Дати завдання, впливове керівництво до негайних дій. «Вставай. Ходімо. Візьми дитину за руку. Принеси собі води. Сховайся (лягай) тут. Візьми з собою зброю, сховайся біля вікна та стрілай у відповідь». Не просіть. Не виконуйте замість потерпілого. Завдання цього етапу – повернути людині контроль над собою і ситуацією, відновити само ефективність. Мова: під час інтервенції повинна бути наполеглива та чітка, але ні в якому разі не різка та агресивна. Уникайте емоційної та заспокійливої мови.

Структура першої психологічної допомоги військовослужбовцю при негативних психічних реакціях та станах (О. Колесніченко, Я. Мацегора, І. Приходько)[19]. Безпосередньо на місці події (одразу при виникненні негативної симптоматики):

1. Убезпечити об'єктивно та суб'єктивно;
2. Оцінити психічний стан постраждалого, реалізувати дії, що припиняють його розгортання;
3. Задовольнити першочергові фізіологічні потреби (дати попити, зігріти, накормити, дати можливість поспати тощо) та потребу в інформації, пов'язаної із забезпеченням безпеки;
4. Емоційно, соціально підтримати (вислухати, за можливості покликати близького товариша);
5. Передати контроль над собою самому постраждалому;
6. Допомогти мобілізуватися, актуалізувати знання з психологічної самопомоги;
7. Зберегти гідність постраждалого;
8. Організувати подальшу допомогу (доповісти безпосередньому командирі про негативний психічний стан постраждалого; повідомити психолога; супроводити постраждалого до найближчого пункту психологічної допомоги чи медичної частини).

Виділяють три основні наслідки надання першої психологічної допомоги:

1. Повне відновлення, коли постраждалий здатен повністю відновити незалежне функціонування;
2. Часткове відновлення, коли постраждалий повертає собі контроль над власною поведінкою, проте продовжує існувати з психологічними та поведінковими наслідками травми. Такі постраждалі для повного відновлення потребують в подальшому (можливе деяке відстрочування у часі) кваліфікованої допомоги (консультацій психолога, психіатра, невропатолога чи інших фахівців).
3. Недостатнє (чи повністю відсутнє) відновлення, коли постраждалий нездатний контролювати свій стан та поведінку і потребує негайного направлення у заклад охорони здоров'я (шпиталь, спеціалізована клініка).

Беручи на себе зобов'язання допомагати людям у ситуаціях, коли вони постраждали через стресову подію, важливо діяти з повагою до безпеки, гідності та прав людей, яким ви допомагаєте. Знання та вміння правильно оцінити ситуацію допомагають діяти у кризових ситуаціях швидко та оперативно.

Загальна структура першої психологічної допомоги (ППД) включає наступні етапи: 1.Оцінка положення та встановлення контакту. На цьому етапі необхідні програми, чи потрібна людина психологічної допомоги, яку форму допомоги необхідно надати та встановити контакт з людиною. 2.Допомога в регулюванні емоційного стану. На цьому етапі психолог або інший фахівець може використовувати різні методики для допомоги у заспокоєнні людини та зменшення тривожності, наприклад, дихальні вправи, медитацію, розмову тощо. 3.Допомога у зменшенні негативних наслідків кризової ситуації. На цьому етапі фахівець може допомогти людям зрозуміти та прийняти прийом, надати інформацію про різні ресурси та можливості допомоги. 4.Підтримка та сприяння розвитку ресурсів. На цьому етапі фахівець може надати психологічну підтримку, допомогти використати внутрішні та зовнішні ресурси людини для подальшого розвитку. 5.Надання інформації про подальші кроки та можливості допомоги. Фахівець повинен надати інформацію про доступні ресурси та можливості допомоги, такі як лікарі, психотерапевти, групи підтримки тощо.

Важливо відзначити, що перша психологічна допомога не замінює професійну психологічну допомогу та терапію, якщо людина потребує подальшої допомоги, той хто її надає повинен надати людині інформацію про ресурси та можливості отримання професійної допомоги. Під час надання ППД слід враховувати стан людини у кризовій ситуації дотримуючись протоколу його проведення та загальної структури її проведення.

Висновки до розділу 2.

Отже, стан спільної за часом небезпеки - сутність змісту поняття «кризова подія». У визначеному нами понятті «кризова подія» системоутворюючим є елемент «небажане явище». Дана характеристика ставить кризове явище в залежність від особистісної оцінки й особистісного сприйняття. Небажаність кризової події визначається тим, що вона є небезпечною («спільна небезпека» - другий системоутворюючий елемент даного поняття) для життєдіяльності людини.

Це може бути загроза її здоров'ю, матеріальному благополуччю, соціальному статусу, внутрішньоособистісній рівновазі. Відчуття кризи в умовах кризової події характеризується певним внутрішнім розладом і дезорганізацією та емоційною нестабільністю, за якими слідує адаптивний процес когнітивної діяльності та поведінкових обмежень, і в той же час може мобілізувати потенціал людини для зміни свого життя.

Усі кризові події-стихійні лиха, аварії, катастрофи, збройні конфлікти-мають соціальні та психологічні наслідки і порушують нормальний плин життя людей. Коли люди стикаються із загрозою, вони відчують стрес (стан фізичного та психологічного дистресу) як природну реакцію на зміни у звичному для них середовищі цей стан має назву - стрес (стан фізичного та психологічного збудження). У ситуації переживання кризової ситуації в людини активізуються такі невизначені емоції, що вільно наповнюють той чи інший образ (відбувається процес ознайомлення), але в якийсь момент, в силу дії певних обставин, зокрема, усвідомлення незадоволення перебігом життєвих подій, емоції можуть отримати негативну модальність, яка спровокує зміну ставлення до окремого суб'єкта чи якихось дій. Якщо подібні переживання відбуваються систематично, то в суб'єкта швидко розвиваються невротичні реакції, депресивні стани.

Слід зазначити що, досвід переживання травматичної події може бути чинником розвитку травматичного стресу та моральної травматизації. Крім того, кризова подія може змінити взаємовідносини з іншими людьми. Наприклад, під час кризи люди можуть стати більш співчутливими і допомогти одному, або навпаки, стати більш замкнутими і недовірливими. Кризові події можуть спровокувати появу або загострення вже існуючої тривоги, що може призвести до змін у поведінці та сприйнятті оточення.

Загалом, кризова подія може вплинути на багато аспектів особистості і може призвести до значних змін у поведінці, емоціях, сприйнятті та ставленні до світу. Важливо звернути увагу на ці зміни і своєчасно знайти способи збереження психічного здоров'я. Саме тому так важливо знання протоколів проведення ППД враховуючи стан людини в кризовій ситуації.

Розглянувши зразки протоколів різних розробників слід зазначити ,що кожен із них склавши алгоритм дій враховував найперше це саму ситуацію,ступінь безпеки як для потерпілого так і для того хто надає допомогу,забезпечення потерпілого базовими потребами,встановленню зв'язку з реальність зниженню емоційного шквалу,встановленню ланцюжка подій ,повернення контролю над собою та ситуацією, перенаправлення потерпілого для подальшого надання йому допомоги у інші соціальні, громадські організації. Дотримання протоколу необхідне у наданні першої психологічної допомоги, адже повертає чіткість ,стабільність дій яка є порушеною у кризових ситуаціях. Проте найважливішим є дотримання головного правила – «не зашкодь» атако ж неймовірно важливого принципу вмінню слухати потерпілого відчувати його стан та оцінити ступінь необхідної допомоги. Розробники викладених в цьому розділі протоколів психологічної допомоги розраховують на їх якісне застосування особами які будуть надавати цю допомогу, а також на усвідомлення важливості та своєчасності.

Важливо при дотриманні роботи під час кризових ситуацій в інтересах ефективного виконання завдань та збереження психічного здоров'я кожного людини. Отже протоколи надання психологічної допомоги включають в себе три основні етапи: виявлення ознак наявного стану особи або групи ;первинна психологічна допомога; психологічна допомога та психологічний супровід особи або групи осіб.

Слід також дотримуватись загальної структури Першої психологічної допомоги (ППД) яка включає такі етапи: оцінка ситуації;встановлення контакту;слухання;надання підтримки; розвиток стратегій подолання; перенаправлення до професійних служб (за умови ,що людина потребує подальшої допомоги). Загальна структура Першої психологічної допомоги (ППД) містить деякі етапи, які повинні бути проведені виключно компетентним фахівцем для успішної допомоги людям, які потребують психологічної підтримки. Важливо зазначити, що ППД можуть надавати люди не маючи фахових знань, достатньо тільки оволодівши ключовими навичками роботи з людьми , адже ППД є важливою складовою процесу надання допомоги в кризових ситуаціях та може зменшити ризик розвитку психологічних проблем.

Однак для проведення ППД необхідні відповідні знання та навички, тому важливо звернутися до професійних спеціалістів. Особливо слід зазначити ,що людина яка надає ППД в умовах кризової ситуації і сама повинна володіти навичками відновлення та резильєнтності та сформованого високого ступеня життєстійкості,для збереження власного психічного здоров'я та для подальшої допомоги іншим. Всі приклади ППД у різних країнах світу і в Україні також не зважаючи на різні підходи до надання першої психологічної допомоги в кризових ситуаціях дотримуються основної мети – це швидкої та ефективною підтримки людям, які її потребують.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЛЮДЕЙ В КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ

3.1. Характеристика вибірки

Дослідження психологічних особливостей емоційних станів у педагогів(потенційних фахівців з надання ППД) в умовах кризового суспільства. В експериментальній частині дослідження загальну вибірку склали 40 осіб, які провадять педагогічну діяльність на території України віком від 24 до 65 років із них 8 (20%) чоловіки і 32 (80%) жінки. Детальний аналіз розміщено на Рисунку 3.1.

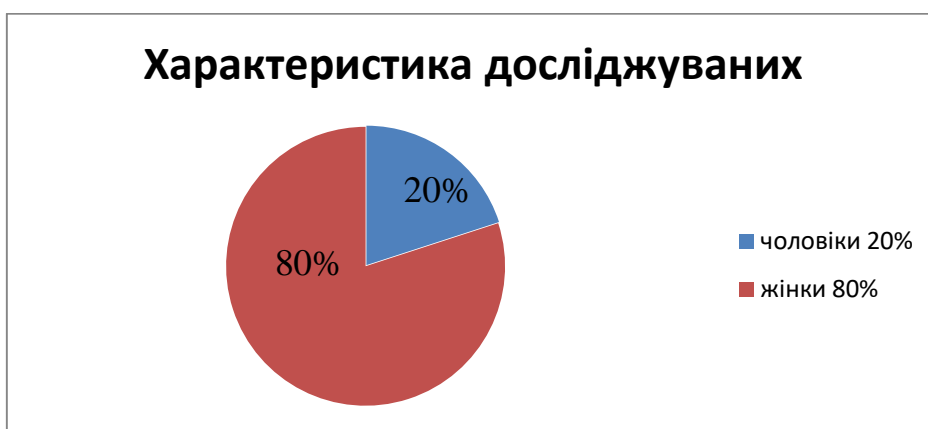


Рис.3.1. Аналіз загальної вибірки досліджуваних.

Більшу частину досліджуваних склали жінки ,адже така розбіжність пов'язана з кількістю жінок які працюють в соціоекономічних професіях до яких належать педагоги. Дослідження проводилось на базі СЗШ№ 3м. Трускавець, Львівської обл.. Досліджуваним було запропоновано відповісти на ряд анкетних питань та пройти тестові методики, які були обрані для реалізації поставлених завдань даного дослідження. З метою вивчення емоційних станів, притаманним людям, які перебувають в кризовому суспільстві та вплив на їх психологічне благополуччя, було проведено емпіричне дослідження.

З метою вивчення стратегії поведінки людей, які перебувають в умовах кризового суспільства та її вплив на їх психологічний добробут, ми застосовували стандартні статистичні методи для визначення даного емпіричного дослідження.

Мета факторного аналізу – сконцентрувати вихідну інформацію, представлену у вигляді масиву даних і виразити якомога більшу кількість ознак через якомога меншу кількість характеристик, що дозволяє зрозуміти природу цих змін і зробити прогнози щодо їх поведінки в майбутньому.

Для досягнення мети дослідження було конкретизовано ряд завдань:

1. Попередній відбір діагностичного інструментарію;
2. Формування остаточної батареї психодіагностичних методик;
3. Проведення дослідження;
4. Аналіз та інтерпретація результатів;
5. Здійснення кореляційного та факторного аналізів;
6. Написання висновків.

3.2. Аналіз результатів дослідження

При проведенні дослідження відповідно до його мети та завдань були використані наступні психодіагностичні методики:

- a) для діагностики поточних емоційних переживань - методика «Шкала диференційних емоцій» (ШДЕ) К. Ізарда (адаптація А.В. Леонова, М.С. Капіца (2003));
- b) для діагностики рівня вираженості таких станів як тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність – методика самооцінки психічних станів Г. Азейнка.
- c) для діагностики посттравматичних когніцій - опитувальник посттравматичних когніцій (Posttraumatic Cognitions Inventory, PCTI) створений Е.В. Foa, А. Ehlers, D.М. Clark, Tolin, S.М. Orsillo у 1999 р.
- d) для виявлення впливу загального добробуту досліджуваних у кризовій ситуації- опитування створеного на основі Глобального скринінгу психологічної травми (Global Psychotrauma Screen).

Розглянемо більш детально дані методики.

3.2.а. Методика «Шкала диференційних емоцій» (ШДЕ) К. Ізарда (адаптація А.В. Леонова, М.С. Капіца (2003));

Диференціальна шкала емоцій – методика самозвіту, створена для оцінки виразу індивідом фундаментальних емоцій або їхніх комплексів. Це набір емоційних термінів, згрупованих на основі факторного аналізу у дев'ять факторів, які К. Ізард інтерпретував як основні емоції: інтерес, радість, подив, сум, гнів, відраза, сором, страх і подив [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**]. На думку К.Ізарда тривожність – це завжди складна емоція, яка складається із декількох базових емоцій, при цьому страх зазвичай є провідною і необхідною складовою тривожності.

Інші ж базові емоції визначають різні види тривожності, зокрема тривожність соціальну тощо (С. Izard, S. Fine, D. Schultz, A. Mostow, B. Ackerman, E. Youngstrom, 2001) [14]. Навіюваність та здібності до емпатії пов'язані не лише з характером активності людини, але із її самопочуттям, яке бажано виразити саме в поняттях почуттів і емоцій.

Теоретичною основою даної методики є модель К. Ізарда, згідно з якою існують десять фундаментальних емоцій, що визначають компонентний склад найрізноманітніших проявів емоційного життя людини. До них відносяться емоції інтересу/збудження, радості/задоволення, здивування, горя/страждання, гніву/ярості, огиди, презирства, страху/жаху, сорому/сором'язливості, провини/каяття.

Методика ШДЕ дозволяє отримати одночасний зріз цілої палітри поточних емоційних переживань людини. Методика ШДЕ є опитувальником, що складається з 30 пунктів – приватних монополярних шкал, представлених прикметниками і короткими 28 дієприслівниковими оборотами, що відповідають різним відтінкам емоційних переживань («уважний», «радісний», «сумний», «той, що відчуває неприязнь»).

Респонденту пропонується оцінити ступінь вираженості кожного емоційного переживання за п'ятибальною шкалою – від повної відсутності (1 бал) до максимально сильного (5 балів). Для оцінки кожної з 10 фундаментальних емоцій, що становлять набір базових показників методики, що використовуються по 3 приватні шкали. Кількісні значення за кожним вихідним показником розраховуються на основі сумачії балів за 3 приватними шкалами, що характеризують ступінь виразності певних емоцій. [Додаток 1] Виявлення особливостей поточних емоційних переживань та прояву тривоги у потенційних фахівців з першої психологічної допомоги результати з даної методики наведені для наочності у графіку на Рисунку 3.2.



Рис. 3.2. Профіль емоцій.

З графіку видно, що найбільш вираженими є емоції радості (10,65), інтересу (10,25) та провини (9,35), здивування (9,25). Найменш проявлені у даній групі гніву (5,85), відрази (6,2), презирства (5,15). Вираженість емоції сорому (8,15), горя (7,95), страху (7,9) засвідчують невпевненість у своїх силах, боязнь помилок, некомпетентності, негативного емоційного фону даної групи пов'язаного з кризовою ситуацією.

Індекс позитивних емоцій (ІПЕ) – $ІПЕ = \sum I, II, III$ (Інтерес + Радість + Здивування) у досліджуваних становить виражених у 16 (40%) осіб, сильно – 8 (20%) осіб помірно – 16 (40%) осіб, слабкий рівень – відсутній, що вказує на позитивне емоційне відношення групи до поточної ситуації. Детальний аналіз розміщено на Рисунку 3.3.

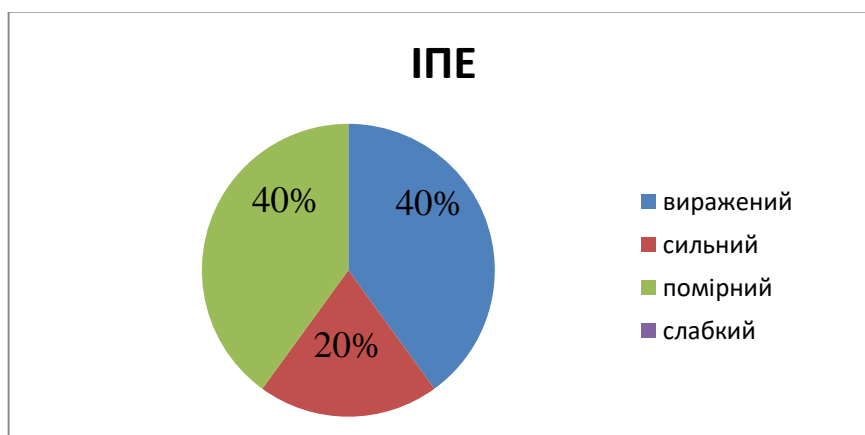


Рис. 3.3. Індекс позитивних емоцій.

Індекс гострих негативних емоцій(ІГНЕ) – $ІГНЕ = \sum IV, V, VI, VII$ (Горе + Гнів + Відраза + Презирство) у досліджуваних становить виражений – 14 (35%) осіб ,помірний -16 (40%),сильно виражений – 8 (20%)осіб та слабо виражений у 2(5%) осіб. Дана група досліджуваних проявляє помірне негативне ставлення до поточної ситуації,це пов'язано із пережитим негативним досвідом поточної ситуації. Детальний аналіз розміщено на Рисунку 3.4.

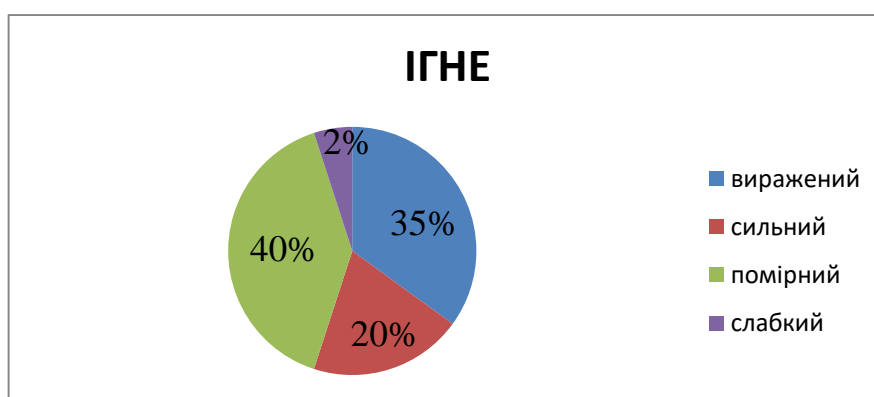


Рис. 3.4. Індекс гострих негативних емоцій.

Індекс тривожно – депресивних емоцій(ІТДЕ) – $ІТДЕ = \sum VIII, IX, X$ (Страх + Сором + Вина),у досліджуваних становить: виражений – 18 (45%) осіб,12 (30%) осіб - сильний, помірний у 10 (25%) осіб, слабкий 0 (0%)-осіб. Високий рівень відносно стійких індивідуальних переживань тривожно– депресивного комплексу емоцій, вказують на суб'єктивне відношення досліджуваних до поточної ситуації. Детальний аналіз розміщено на Рисунку3.5.

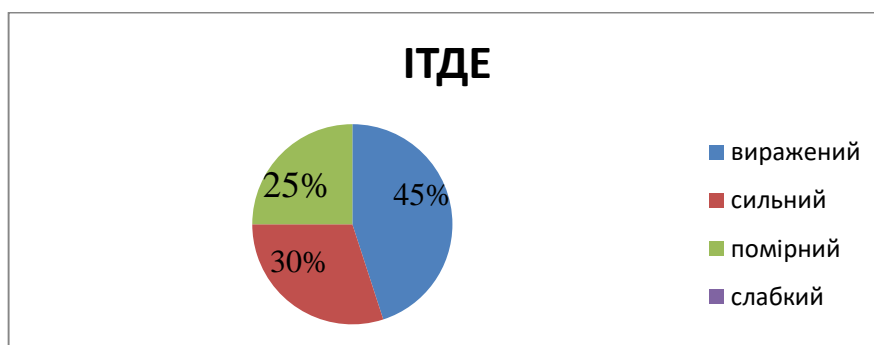


Рис.3.5. Індекс тривожно – депресивних емоцій.

Помірні негативні емоції досліджуваної групи впливають на емоційні процеси, взаємодіють із спонуканими та гомеостатичними, перцептивними, когнітивними і моторними процесами. Як вважає К. Ізард, тріада емоцій «печаль-страх-гнів» активується в ситуаціях горя [Ошибка! Источник ссылки не найден.]. При цьому децентрація знижується.

Досліджувані переживають емоції страху, гніву та горя, їхня здатність враховувати точку зору інших знижена, важко приймають досвід. Високий рівень тривожності досліджуваної групи при цьому страх як провідна і необхідною складовою тривожності, визначають тривожність соціальну пов'язану з поточною ситуацією. Як видно з графіку емоцій у досліджуваних найбільш виражені емоції провини(9,35) та сорому(8,15), пов'язані з тим, що група досліджуваних, не впевнена в собі, схильна відчувати провину за зроблені помилки, соромитись своєї некомпетентності.

3.2.b. Методика самооцінки психічних станів Г. Азейнка є особистісним опитувальником, що розроблений німецько-британським вченим-психологом Хансом Юргеном Айзенком в 60-80-ті роки ХХ століття.

Г. Айзенк створював опитувальники з урахуванням власної розробки нового типологічного підходу до вивчення особистості – факторної теорії особистості. При цьому вчений використовував як теоретичні підходи К. Юнга, Р. Вудвортса, І.П. Павлова, Є. Кречмера та інших відомих психологів, психіатрів і фізіологів, а також дані власних великих експериментальних досліджень. Особистісні опитувальники Г. Айзенка мають досить високі коефіцієнти валідності та надійності й широко використовуються в практичній психодіагностиці.

Опитувальник самооцінки психічних станів призначений для діагностики рівня вираженості таких станів як тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність.

Опитувальник є переліком із 40 тверджень, які респондент має оцінити щодо себе за трихотомічною шкалою (варіанти відповідей: «підходить», «підходить, але не дуже», «не підходить»). При цьому твердження згруповані у 4 шкали: тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність. [Додаток 2] Обробка результатів здійснювалась шляхом підрахунку суми балів за кожною шкалою. Детальний аналіз отриманих результатів свідчить про рівень виразності виділених чотирьох станів, розміщено на Рисунку 3.6; Рисунку 3.7.; та Рисунку 3.8., Рисунку 3.9.

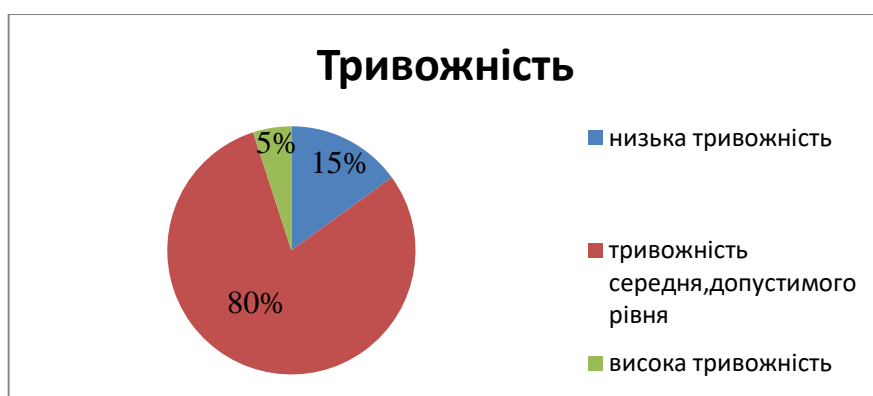


Рис.3.6. Аналіз рівня тривожності.

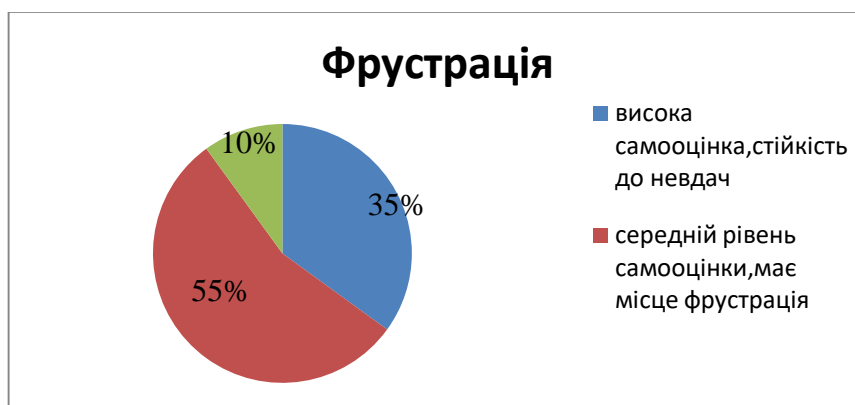


Рис.3.7. Аналіз рівня фрустрації.

Допустимий рівень у групі досліджуваних агресії, ригідності та тривожності. Високу самооцінку та стійкість до невдач виражено у 14(35%) осіб із 40 досліджуваних.



Рис.3.8. Аналіз рівня агресивності.

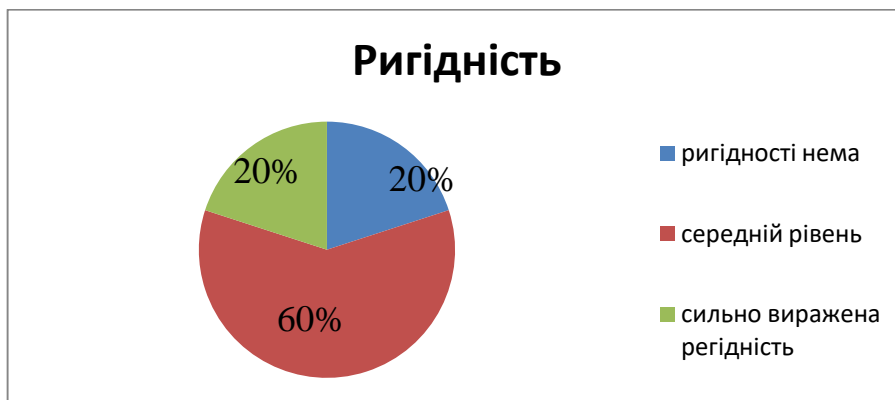


Рис.3.9. Аналіз рівня ригідності.

Низький рівень самооцінки спостерігається у 4 осіб досліджуваних, що становить 10% від загальної кількості досліджуваних. Високий рівень ригідності спостерігається у 20% опитаних, у межах норми – 60%, відсутня ригідність у 20% досліджуваних. Середній рівень тривожності у групі становить $-(10,05)$, фрустрації $(10,35)$, агресії $(7,6)$, ригідність $-(10,95)$.

В ситуаціях кризового суспільства в якій перебувала обстежувана група, досліджувані відчували «соціальні» емоції сорому, провини, виникає страх помилок, підвищується фрустрація – досліджувані стикаються з неможливістю чи ускладненням задоволення власних потреб, знижується їх здатність до гнучкості, зміни поведінки відповідно до ситуації, отриманню нового досвіду, – як наслідок у досліджуваних підвищується ригідність.

3.3.d. Під час дослідження було проведено опитування, яке складалось із сімнадцяти запитань складених на основі методики Глобального скринінгу психологічної травми (Global Psychotrauma Screen)[23].

Інструмент було розроблено міжнародною групою експертів, які працюють з темою травматичного стресу по всьому світі, а його мета – за допомогою короткого опитувальника охопити потенційний спектр гострих або довготермінових наслідків стресових та потенційно травматичних подій.

Сьогодні його використовують у різних умовах: у первинній медичній допомозі, після катастроф чи для швидкого скринінгу у клінічній практиці.

Опитування містить сімнадцять запитань закритого характеру. Метою даного опитування було з'ясувати як вплинула кризова ситуація в Україні на загальний добробут досліджуваних[23].

Результати опитування показали, що на запитання: 1. Чи мали ви нічні жахіття, пов'язані з минулою(-ми) травматичною(-ими) подією(-ями) або ж у вас з'являлися думки про ці події тоді, коли ви не хотіли думати про це? Відповідь «так» - 10(25%) досліджуваних, «ні» – 30(75%) досліджуваних.

2. Чи доводилося вам докладати багато зусиль, щоб не думати про травматичну подію(-і), яка(і) з вами відбулася, або ж робили все можливе, аби уникати ситуації, які нагадували вам про цю подію(-і)? Відповідь «так» дали -16(40%) опитаних, «ні» - 26(60%) досліджуваних.

3. Чи були ви постійно насторожі, надмірно пильні, або вас легко було налякати? Відповідь «так» -14(35%) досліджуваних; відповідь «ні» - 26(65%) досліджуваних. 4. Чи почувалися ви заціпеніло або відокремлено від людей, вашої діяльності або вашого оточення? Відповідь «так» - 6(15%) досліджуваних; відповідь «ні» - 34(85%) досліджуваних.

5. Чи почувалися ви винними або не могли перестати звинувачувати себе чи інших через травматичну подію(-ї), що сталася з вами у минулому, або через інші проблеми, які вона спричинила? Відповідь «так» - 10(25%) досліджуваних; відповідь «ні» - 30(75%) досліджуваних.

6. Чи почувалися ви нікчемними або нічого не вартими? Відповідь «так» - 10(25%) досліджуваних; відповідь «ні» - 30(75%) досліджуваних. 7. Чи переживали ви спалахи гніву, які не могли опанувати? Відповідь «так» - 18(45%) досліджуваних; відповідь «ні» - 22(55%) досліджуваних. 8. Чи почувалися ви знервовано, тривожно чи на межі зриву? Відповідь «так» - 28(70%) досліджуваних, заперечну - 12(30%) досліджуваних.

9. Чи були ви не в змозі перестати непокоїтися чи контролювати це відчуття неспокою? Відповідь «так» - 18(45%) досліджуваних; відповідь «ні» - 22(55%) досліджуваних. 10. Чи почувалися ви пригнічено, депресивно чи безнадійно? Відповідь «так» - 24(60%) досліджуваних; відповідь «ні» - 16(40%) досліджуваних.

11. Чи переживали ви брак інтересу або задоволення від того, що робили? Відповідь «так» - 26(65%) досліджуваних; відповідь «ні» - 14(35%) досліджуваних. 12. Чи мали ви проблеми із засинанням, чи сном? Відповідь «так» - 28(70%) досліджуваних, відповідь «ні» - 12(30%) досліджуваних.

13. Чи намагалися ви навмисно завдати собі шкоди? Відповідь «ні» - 40(100%) досліджуваних, «так» - 0(0%) опитаних. 14. Чи здавався вам світ або люди навколо інакшими: дивними, нереальними, такими, наче ви уві сні? Відповідь «так» - 2(5%) досліджуваних; відповідь «ні» - 38(95%) досліджуваних

15. Чи почувалися ви відокремлено від свого тіла (наприклад, наче ви споглядаєте себе згори або є стороннім спостерігачем свого тіла)? Відповідь «так» - 2(5%) досліджуваних; відповідь «ні» - 38(95%) досліджуваних.

16. Чи виникали у вас будь-які фізичні, емоційні чи соціальні труднощі, які вас турбували? Відповідь «так» - 30 (75%) досліджуваних, «ні» - 10(25%) змогли зберегти своє здоров'я. 17. Чи намагалися ви зменшити рівень своєї напруженості за допомогою алкоголю, тютюну, наркотиків чи ліків? Відповідь «так» - 8(20%) досліджуваних; відповідь «ні» - 22(80%) досліджуваних. Результати опитування показали, що більшість (60%) досліджуваних відчуває пригніченість та безнадійність. Це може бути показником поганого самопочуття та потреби в додатковій підтримці або допомозі. Однак 40% досліджуваних не відчувають такого стану, їхнє психічне здоров'я може бути стабільним.

Більшість досліджених (70%) малих проблем зі сном у кризовій ситуації. Це може бути показником стресу та тривоги, які впливають на якість сну. Натомість, лише 30% досліджуваних зберегли здоровий сон, що може свідчити про те, що кризова ситуація має негативний вплив на сон людей. Для підтримки здорового фізичного та психічного стану в кризових ситуаціях важливо звернути увагу на проблеми зі сном та вжити заходів для покращення якості сну.

Результати опитування показали (65%) досліджуваних відчувають брак інтересу та задоволення від діяльності в кризовій ситуації. Це може бути показником втрати мотивації та енергії, що часто є результатом тривоги та стресу. Натомість, 35% досліджуваних не втрачали інтересу та продовжували бути активними в кризовій ситуації. Це може свідчити про те, що вони мають більшу резервну здатність до адаптації та мають більшу стійкість до стресу, звернути увагу на підтримку їхньої мотивації та емоційного стану. Більшість (70%) досліджуваних відчували нервозність та тривогу у кризовій ситуації. Це може бути показником та незахищеністю від зовнішніх негативних впливів. Для забезпечення психологічної підтримки людей у кризових ситуаціях важливо звернути увагу на їхній емоційний стан та надати допомогу для зниження рівня тривоги та стресу.

3.3. Аналіз кореляційних даних

Опитувальник посттравматичних когніцій (Posttraumatic Cognitions Inventory, PCTI) створений Е.В. Foa, А. Ehlers, D.М. Clark, Tolin, S.М. Orsillo у 1999 р. Опитувальник створений для оцінки трьох видів посттравматичних когніцій: 1) негативних думок про себе; 2) негативних думок про оточуючий світ, 3) самоїдства (самозвинувачення). Теоретичним підґрунтям опитувальника є визначальна роль негативних і дисфункціональних когніцій в етіології і перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) D.М. Clark (2000 р.) довели, що негативне ставлення людини до травматичної події зумовлює виникнення у неї симптомів ПТСР.

Опитувальник складається із 33 питань, що передбачають згоду або незгоду із твердженням: 1 – абсолютно не згодний, 2 – переважно не згодний, 3 – частково не згодний, 4 – ставлюсь нейтрально, 5 – більше згодний, 6 – переважно згодний, 7 – абсолютно згодний. Твердження розподіляються на 3 шкали: 1) Негативні думки щодо себе (21 питання), 2) Негативні думки щодо світу (7 питань), 3) Самоїдство (5 питань). Бали по шкалах діляться на кількість питань. Високі бали по шкалах свідчать про наявність симптомів психотравми. [Додаток 5]

Негативне ставлення людини до травматичної події зумовлює виникнення у неї симптомів ПТСР. На думку авторів, такі негативні оцінки (насамперед про власну особистість і небезпечний світ) призводять до постійного відчуття загрози, яке формує ПТСР симптоматику і посилює тривогу [10] Результати обстеження посттравматичних когніцій у досліджуваних по Шкала 1. Негативні думки стосовно себе травми відсутні в 2 осіб (5%), травма а не ПТСР- 36 осіб (90%) ,травма з ПТСР –2 осіб(5%). Детальний аналіз розміщено на Рисунку 3.10.



Рис. 3.10. Аналіз негативних думок стосовно себе.

Ступінь кореляції за Пірсоном по Шкалі 1. Сума ступенів травми (X): $2 * 0 + 36 * 1 + 2 * 2 = 76$. Сума квадратів ступенів травми (X^2): $2 * 0^2 + 36 * 1^2 + 2 * 2^2 = 80$. Сума рівнів ПТСР (Y): $2 * 0 + 36 * 0 + 2 * 1 = 2$. Сума квадратів рівнів ПТСР (Y^2): $2 * 0^2 + 36 * 0^2 + 2 * 1^2 = 2$. Для другої змінної маємо: Сума ступенів травми (X): $1.5 * 0 + 1.5 * 1 + 3.6 * 2 = 9.3$. Сума квадратів ступенів травми (X^2): $1.5 * 0^2 + 1.5 * 1^2 + 3.6 * 2^2 = 20.7$. Сума рівнів ПТСР (Y): $1.5 * 0 + 1.5 * 0 + 3.6 * 1 = 3.6$. Сума квадратів рівнів ПТСР (Y^2): $1.5 * 0^2 + 1.5 * 0^2 + 3.6 * 1^2 = 12.96$

Тоді за формулою кореляції Пірсона маємо: $r = [40 * (76 * 2 - 2 * 2) - (2 * 36 - 76) * (2 * 2 - 2 * 2)] / [(40 * 80 - (2 * 2)^2) * (40 * 2 - (2 * 2)^2)]^{(1/2)} \approx -0.11$.

Отже, отримуємо кореляцію Пірсона, близький до нуля, що свідчить про те, що немає відносин між ступенем травми та рівнем ПТСР у даній вибірці.

Шкала 2. Негативні думки стосовно світу.

Результати обстеження посттравматичних когніцій у досліджуваних по Шкалі 2. Негативні думки стосовно світу: травми відсутні в 6 осіб (15%), травма а не ПТСР- 32 осіб(80%) ,травма з ПТСР –2 осіб (5%). Детальний аналіз розміщено на Рисунку 3.11.



Рис.3.11. Негативні думки стосовно світу.

Шкала 2. Ступінь кореляції за Пірсоном. Спочатку ми повинні знайти середнє значення (математичне очікування) для X та Y. Середнє значення для X: $(40 \cdot 1 + 0 \cdot 32 + 1 \cdot 2) / 40 = 0.1$ Середнє значення для Y: $(0 \cdot 6 + 1 \cdot 2 + (-1) \cdot 32) / 40 = -0.7$ Після цього ми можемо обчислити коефіцієнт кореляції Пірсона за формулою: $r = \frac{\sum((X_i - X)(Y_i - Y))}{\sqrt{\sum(X_i - X)^2 * \sum(Y_i - Y)^2}}$ де Σ означає сумування від $i=1$ до n , де n - кількість спостережень.

В нашому випадку $n=40$. Ми можемо розрахувати коефіцієнт кореляції Пірсона: $r = (1 \cdot (2 - 0.1) + 0 \cdot (6 - 0.1) + (-1) \cdot (32 - 0.1)) / \sqrt{((1 - 0.1)^2 \cdot 32 + 0.1^2 \cdot 2 + (-0.9)^2 \cdot 6) * \sqrt{((-0.7 - 0.1)^2 \cdot 32 + (-0.7 + 0.9)^2 \cdot 6 + (-0.7 + 0.1)^2 \cdot 2)}$ $r \approx -0.84$

Отже, отримані дані засвідчують, що ступінь кореляції Пірсона між загальною кількістю осіб та наявністю травми складає -0.84 .

Це свідчить про помірну зв'язок між цими двома змінними, проте цей зв'язок є досить значимим. Оскільки коефіцієнт кореляції має від'ємне значення, то ми можемо стверджувати, що зі збільшенням загальної кількості осіб, кількість травм зменшується, або зі збільшенням кількості травм, загальна кількість осіб зменшується. Важливо відзначити, що наш аналіз не враховує інших факторів, які можуть вплинути на наявність травм та ПТСР, такі як вік, стать, стиль життя, середовище, спадковість, та інші.

Результати обстеження посттравматичних когніцій у досліджуваних по наступній шкалі. Шкала 3. Самоїдство у досліджуваних травми відсутні в 4 осіб (10%), травма а не ПТСР- 28 осіб(70%) ,травма з ПТСР –8 осіб(20%). Детальний аналіз розміщено на Рисунку 3.12.

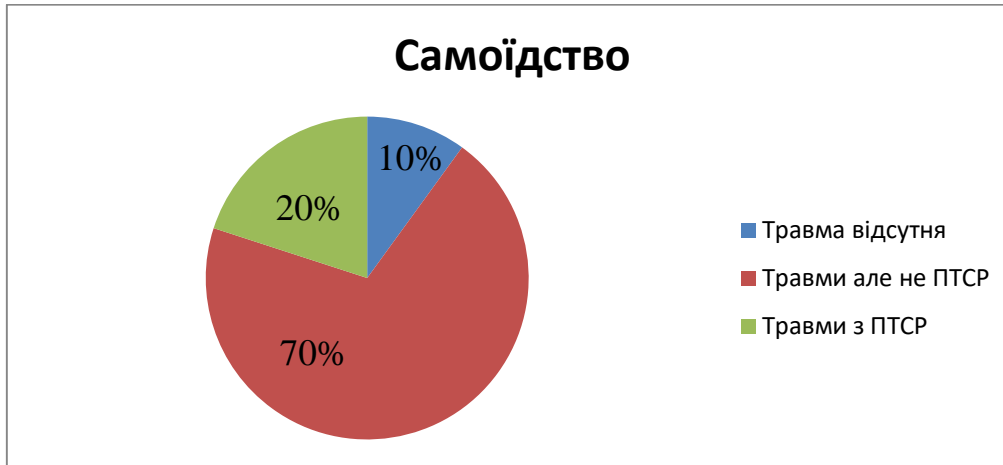


Рис. 3.12.Самоїдство.

Для розрахунку коефіцієнта кореляції Пірсона Шкали 3. ми повинні скористатися наступною формулою: $r = (n\sum XY - \sum X \sum Y) / \sqrt{((n\sum X^2 - (\sum X)^2)(n\sum Y^2 - (\sum Y)^2))}$ де: n - загальна кількість спостережень (у нашому випадку, n = 40) $\sum XY$ - сума добутків кожної пари значень з двох змінних; $\sum X$ - сума значень першої змінної; $\sum Y$ - сума значень другої змінної; $\sum X^2$ - сума квадратів значень першої змінної.

$\sum Y^2$ - сума квадратів значень другої змінної
 знаходження сум і добутків значень: $\sum X = 40$; $\sum Y = -4 + (-28) + (-8) = -40$; $\sum XY = (-42.07) + (-282.43) + (-8*5) = -185.12$; $\sum X^2 = 40^2 = 1600$; $\sum Y^2 = (-4)^2 + (-28)^2 + (-8)^2 = 840$. Підставляємо ці значення у формулу: $r = (40(-185.12) - (40)(-40)) / \sqrt{((40(1600) - (40)^2)(40(840) - (-40)^2))}$; $r = -10956.8 / \sqrt{(64000 - 1600)(33600 - 1600)}$; $r = -10956.8 / \sqrt{60336000}$; $r = -10956.8 / 7760.615$

Отже, отримане значення коефіцієнта кореляції Пірсона становить - 1.411. Це свідчить про досить сильний зв'язок між двома змінними.

Високі бали по шкалах засвідчують, що у досліджуваних присутня наявність симптомів психотравми спостерігаються у 10 осіб, що становить 25% від кількості досліджуваних. Результати посттравматичних когніцій досліджуваних [Додаток В]. Дана методика підтвердила, вагому роль негативних і дисфункціональних когніцій в етіології і перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

У досліджуваних спостерігається почуття безпорадності яке лежить в основі критерію ПТСР і асоціюється із сильним страхом, нездатністю впливати на оточення, управляти ситуацією, контролювати те, що відбувається під час травмуючої події. Згідно таблиці загальних результатів [додаток В] симптоми ПТСР розвиваються у 2 (5 %) досліджуваних слід зазначити, що негативне ставлення до травматичних подій, близькими до ПТСР – становить 8 (70%) осіб досліджуваних. З використанням цих даних вказують на негативне ставлення до травматичних подій є досить розширеним серед досліджуваних, що становить 70%. Це може висвітлює те, що травматичні події можуть мати значний емоційний вплив на багатьох людей, але не завжди призводять до розвитку ПТСР. Для кожної людини реакція на травму є унікальною, і важливо мати на увазі, що не всі хворі на ПТСР проявляють симптоми однаковим чином.

Висновки до розділу 3.

Організація та проведення діагностичного дослідження та на підставі отриманих результатів, можна зробити наступні висновки:

1. У ситуаціях кризового суспільства, обстежувана група досліджуваних відчували емоції, пов'язані із соціальною несправедливістю та відчувати емоції сорому, провини та страху. Саме ці емоції можуть призвести до підвищеної фрустрації, досліджувані можуть стикнутися з ускладненням задоволення власних потреб. Це може зменшити їх здатність до гнучкості та зміни поведінки відповідно до ситуації. Наслідком цього може бути підвищення ригідності у досліджуваних.

2. У досліджуваних спостерігається почуття безпорадності яке лежить в основі критерію ПТСР і асоціюється із сильним страхом, нездатністю впливати на оточення, управляти ситуацією, контролювати те, що відбувається під час травмуючої події, методика підтвердила, вагому роль негативних і дисфункціональних когніцій в етіології і перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Оскільки коефіцієнт кореляції має від'ємне значення, то ми можемо стверджувати, що зі збільшенням загальної кількості осіб, кількість травм зменшується, або зі збільшенням кількості травм, загальна кількість осіб зменшується. Слід відзначити, що наш аналіз результатів не враховує інших факторів, які можуть вплинути на наявність травм та ПТСР, такі як вік, стать, стиль життя, середовище, спадковість, та інші.

3. В умовах кризової ситуації та нервово-психічної напруги та ситуативної тривожності більшість (70%) досліджуваних відчували нервозність та тривогу у кризовій ситуації Це може бути показником та незахищеністю від зовнішніх негативних впливів. Натомість, лише 30% досліджуваних зберігали спокійно та рівновагу в кризовій ситуації, що може свідчити про їхню стійкість та здатність до адаптації у змінених умовах.

Важливо зазначити, що кризова ситуація порушила і психологічне благополуччя досліджуваних зокрема сон, інтерес до роботи т.д.

Емоційна сфера є тим важливим «інструментом» в наданні ефективної ППД людям, тому важливо оволодіти навичками самопомоги для підтримки власного психічного здоров'я.

Враховуючи ці результати, потрібно проводити подальші дослідження та надавати ППД тим, хто відчуває пригніченість та безнадійність у кризових ситуаціях.

Гіпотеза дослідження підтвердилась.

ВИСНОВКИ

Зважаючи на нестабільність та кризовість сучасного суспільства, перша психологічна допомога має велике значення. ППД може бути надана як фахівцям з психології та психотерапії, так і просто волонтерами чи людьми, які знають, як вести себе у кризових ситуаціях. Своєчасна ППД допоможе людям відчувати допомогу з боку суспільства, що знижує ризик виникнення різних психологічних проблем.

Головна мета ППД надати емоційну підтримку та заспокоїти людей у кризовій ситуації, але вона не може замінити компетентну медичну допомогу внаслідок важких психічних розладів. Важливість першої психологічної допомоги полягає в тому, щоб зменшити негативні наслідки психологічних травм та стресу в умовах кризової ситуації. Перша психологічна допомога підвищує стійкість та здатність людини пристосуватися до кризових ситуацій. Надання першої психологічної допомоги є продуктом будь-якої стратегії психологічної підтримки, щоб забезпечити здоров'я та благополуччя людей, які потребують допомоги.

ППД можна надавати у будь-якому порівняно безпечному місці – безпосередньо на місці події, якщо мова йде про окремий нещасний випадок, або в місцях надання допомоги постраждалим, наприклад, в медичних установах, притулках і таборах переселенців, школах, пунктах розподілу гуманітарної допомоги. Надавати ППД потрібно там, де є можливість поговорити з людиною без перешкод з боку оточуючих.

Люди, які беруть себе функцію допомоги людям, що переживають трагічну подію, повинні поважати гідність та захищати їх безпеку, зберігати конфіденційність тих кому її надають. Слід також усвідомити і відкинути власні упередження і забобони; дотримуватися конфіденційності враховувати індивідуальні, вікові, культурні особливості, дотримання даних принципів допоможуть у роботі тим хто надають ППД.

Кожен хто бере участь у наданні першої психологічної допомоги, повинні дотримуватися наступних принципів шести «П»: підійти , представитись; підтримати, створити безпечне місце; пояснити, що сталося; посприяти, дати можливість проявити емоції; потурбуватись про базові потреби; проінформувати, за потреби передати спеціалісту. Хоча ППД надається іншим , проте слід турбуватись про власне психічне здоров'я і тим хто її надає. Тому важливо оволодіти техніками для збереження психологічного здоров'я в кризових ситуаціях. Кризова ситуація може збільшити різноманітні емоції у людей, і кожна людина може реагувати по-різному у зв'язку зі своїми індивідуальними рисами, досвідом та переконанням. Проте деякі емоції можуть бути особливо помітними у кризових ситуаціях зокрема: страх, гнів, сором на інші.

Кризова ситуація може збільшити напругу, фізичний та психічний дискомфорт. Люди стають більш чутливими до навколишнього середовища, легше запальними, агресивними або нетерплячими. Кризова ситуація може викликати відчуття втрати, невизначеності, безнадії або туги, можуть відчувати тривогу, невпевненість, неспокій або нервовість. Кризова ситуація може викликати відчуття відчуженості, відокремленості від оточуючих та суспільства в цілому. Ці емоції можуть бути присутніми як окремо, так і у поєднанні одна з одною. Саме тому ці знання про особливості поведінки людей в кризовій ситуації так важливі для тих хто надає ППД . Слід також враховувати алгоритм надання першої психологічної допомоги враховуючи стан людини в кризовій ситуації , для цього необхідно оволодіти навичками використання протоколів ППД в дії. Процес надання першої психологічної допомоги дуже відповідальний, який вимагає як від людини яка її надає так і від спеціаліста цієї сфери практичної психології, знань, умінь і навичок тому, без достатньої підготовки щодо надання психологічної допомоги може створюватися підстава для негативного престижу психологічної науки.

Кризова ситуація яка відбувається в Україні, пов'язана як з постійним перебуванням у стані напруги, так психіка піддається надмірним випробуванням, що не дозволяють повноцінно відпочивати, відновлювати свою емоційно-вольову сферу просвітницька діяльність та проведення тренінгів з опанування навичок ППД допоможе відновити психічне здоров'я.

Проведене дослідження підтвердило, що негативні та дисфункціональні когніції мають вагомий роль у виникненні розладів та перебігу посттравматичного стресового розладу, що спричиненою кризовою ситуацією. Високий рівень тривожності, особливо страху, пов'язаний із соціальною тривожністю, яка спостерігається внаслідок також впливу кризової ситуації. Наявність почуття безпорадності є критичним фактором у розвитку ПТСР, яке асоціюється із сильним страхом, неспроможністю впливати на оточення та контролювати трагічні події.

Результати опитування свідчать про те, що більшість людей, які досліджувалися, мають відчуття пригніченості та безнадійності, що можна свідчити про потребу в додатковій підтримці та допомозі. З цього можна зробити висновок про те, що вчасна та ефективна ППД та підтримка можуть допомогти людям, які опинились в кризовій ситуації. Таким чином, перша психологічна допомога є необхідним елементом психологічної підтримки та підвищення благополуччя та здоров'я людей, які потребують допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. American Psychological Association. Електронний ресурс Режим доступу: <https://www.apa.org/topics/psychological-first-aid>
<https://pscentre.org/wp-content/uploads/2017/03/Psychological-First-Aid-2nd-Edition-English.pdf>
2. International Association for Disaster Preparedness and Response Електронний ресурс. Режим доступу: <https://www.emergency-management-degree.org/faq/what-is-the-international-association-for-disaster-preparedness-and-response/>
3. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies - Psychological first aid: Електронний ресурс. Режим доступу: <https://pscentre.org/?resource=a-guide-to-psychological-first-aid-for-red-cross-red-crescent-societies&selected=single-resource>
4. Leslie Snider, Mark van Ommeren. Перша психологічна допомога: посібник. Київ: Університетське видавництво ПУЛЬСАРИ, 2017. 66 с.
5. National Child Traumatic Stress Network - Psychological First Aid: Електронний ресурс. Режим доступу: https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//pfa_fact_sheet_9-15-08.pdf
6. National network of children's traumatic stress - psychological first aid. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types/disasters/pfa.>
7. PTSD National Center for PTSD Homehttps. Електронний ресурс. Режим доступу: https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/type/Psychological_First_Aid.asp
8. Raphael B., Wilson J.P. Introduction and overview: Key issues in the conceptualization of debriefing. psychological debriefing. Theory, practice and evidence. Edited by Raphael B. & Wilson J.P. Cambridge University Press, 2000. P. 1-14. URhttps. Електронний ресурс. Режим доступу: [https://www.youtube.com/watch?v=O0-tstHpLZg.](https://www.youtube.com/watch?v=O0-tstHpLZg)

9. World Health Organization - Psychological first aid: Електронний ресурс. Режим доступу:
https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927?gclid=CjwKCAjwo7iiBhAEEiwAsIxQEbXhAcp5Y0bdPvYqqH3p7dYlJlnPBs_s_7uiuod9xa0vQMY54BLuGBoC-BMQAvD_BwE
10. World Vision International Електронний ресурс Режим доступу:
<https://www.wvi.org/sites/default/files/WV-PFA-Guidelines.pdf>
11. YahalomURL Протокол. Електронний ресурс Режим доступу:
<https://www.youtube.com/watch?v=O0tstHpLZg>.
12. Альфред Адлер Нариси з індивідуальної психології. Київ: Видавництво «Видавництво», 2002. 220 с.
13. Богданов С.О., Гніда Т.Б., Лунченко Н.В., Панок В.Г., Соловійова В.В. Перша психологічна допомога: посібник для тренера. Київ: Університетське видавництво ПУЛЬСАРИ, 2017. 91 с.
14. Ворони В.В., Шульги М.І. Українське суспільство 1992–2008: соціологічний моніторинг. Київ: Інститут соціології НАН України, 2008. 656 с.
15. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
16. Зликов В.Л. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с., 7-48 с.
17. Кадом Л. Перша психологічна допомога: посібник для членів загону швидкого реагування Товариства Червоного Хреста України. Київ: Товариство Червоного Хреста, 2017. 42 с.
18. Кириленко Т.С. Пошук гармонії: емоційні переживання та стани особистості (вчинково-орієнтований підхід): монографія. Київ: Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2004. 100 с.

19. Колесніченко О.С., Мацегора Я.В., Приходько І.І. Протоколи надання першої психологічної допомоги військовослужбовцям Національної гвардії України в екстремальних умовах діяльності: посібник. Харків: НА НГУ, 2018. 40 с.
20. Максименко С.Д., Кузікова С.Б., Зливков В.Л. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика: монографія. Суми: Видавництво Сум. ДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. 540 с.
21. Маноха І.П. Психологія потаємного «Я». Київ: Поліграфкнига, 2001. 448 с.
22. Нарядько Г.Я. Особистість в ціннісній парадигмі соціуму: дисертація. Одеса: Південноукраїнський національний університет, 2010. 170 с.
23. Ольф та Беккер Глобальний скринінг психологічної травми. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://www.mh4u.in.ua/test/onlajn-skryning-psyhologichnoyi-travmy/>
24. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матеріали. Суми: Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції, 2018. 428 с.
25. Приходько І.І. Психологія екстремальної діяльності: навч. посібник Харків: НА НГУ, 2016. 571 с.
26. Приходько І. І. Психологічна само - та взаємодопомога військовослужбовців Національної гвардії України в умовах ведення бойових дій: посібник. Харків: НА НГУ, 2016. 14 с., 108 с.
27. Столяренко О. Б. Психологія особистості. Київ: Центр учбової літератури, 2012. 280 с.
28. Титаренко Т.М. Життєвий світ особистості: у межах та за межами буденності: монографія. Київ: Видавництво Либідь, 2003. 376 с.
29. Усатенко І. Трансформація історичної пам'яті: спеціальний випуск. Вінниця: КВНЗ «Вінницька академія неперервної освіти», 2018. 96 с.

30. Чернобровкіна В.А., Гірник А.М. Перша психологічна допомога: посібник. Київ: Унів. Видавництво ПУЛЬСАРИ, 2017. 96 с.
31. Шульга М.О. Криза як загроза суспільній безпеці. Київ: ТОВ «Друкарня «Бізнесполіграф», 2010. 7 – 27 с, 104с.

ДОДАТОК

ДОДАТОК А

Методика "Самооцінка психічних станів" (за Г. Айзенком)

Вік досліджуваного: -----

№ з/п	Психічні стани	Підходить	Не дуже підходить	Не підходить
		2	1	0
1	Не відчуваю у собі впевненості			
2	Часто червонію без причини			
3	Мій сон мене непокоїть			
4	Легко починаю нудьгувати			
5	Непокоюся через неприємності, які є тільки в уяві			
6	Мене лякають труднощі			
7	Люблю аналізувати свої недоліки			
8	Мене легко переконати			
9	Я підозріливий			
10	Важко переносити час очікування			
11	Нерідко мені здаються безвихідними ситуації, із яких можна знайти вихід			
12	Неприємності мене сильно засмучують, я падаю духом			
13	У неприємних ситуаціях я схильний без поважних причин звинувачувати себе			
14	Нещастя та невдачі нічому мене не вчать			
15	Я часто відмовляюся від боротьби, вважаю її даремною			
16	Я часто почуваю себе беззахисним			
17	Іноді у мене буває стан відчаю			

18	Відчуваю розгубленість перед труднощами			
19	У важкі хвилини життя іноді поводжуся як дитина, хочу, щоб мене пожаліли			
20	Вважаю недоліки свого характеру невиправними			
21	Залишаю за собою право вирішального голосу			
22	Часто при розмові перебиваю співрозмовника			
23	Мене легко розсердити			
24	Люблю робити зауваження іншим			
25	Хочу бути авторитетом для оточуючих			
26	Не задовольняюсь малим, хочу більшого			
27	Коли розгніваюсь, погано себе стримую			
28	Більше люблю керувати, ніж підкорятися			
29	У мене різка, грубувата жестикуляція			
30	Я злопам'ятний			
31	Мені важко змінювати звички			
32	Нелегко переключати увагу			
33	З обережністю ставлюся до всього нового			
34	Мене важко переконати			
35	Нерідко у мене з голови не виходять думки, яких потрібно позбутися			
36	Нелегко зближуюся з людьми			
37	Мене розчаровує навіть незначні зміни плану			
38	Я проявляю впертість			
39	Неохоче йду на ризик			
40	Різко реагую на відхилення від прийнятого мною режиму			

Методика оцінювання

Підраховується кількість балів за кожну з чотирьох груп питань:

I- 1-10-те питання - *тривожність*;

II- 11-20-те питання - *фрустрація* (психологічний стан зростаючого емоційно-вольового напруження, що виникає в конфліктній ситуації);

III- 21-30-те питання - *агресивність*;

IV- 31-40-ве питання - *ригідність* (тенденція до збереження своїх стереотипів, способів мислення, нездатність змінити власну точку зору).

Інтерпретація результатів

Тривожність:

0-7 балів - низька тривожність;

8-14 балів - тривожність середня, допустимого рівня;

15-20 балів - висока тривожність.

Фрустрація:

0-7 балів - висока самооцінка, стійкість до невдач, ви не боїтеся труднощів;

8-14 балів - середній рівень самооцінки, має місце фрустрація;

15-20 балів - низька самооцінка, ви уникаєте труднощів, боїтеся невдач.

Агресивність:

0-7 балів - ви спокійні, стримані;

8-14 балів - середній рівень агресії;

15-20 балів - ви агресивні, нестримані, маєте труднощі в стосунках з людьми.

Ригідність:

0-7 балів - ригідності нема;

8-14 балів - середній рівень;

15-20 балів - сильно виражена ригідність, вам протипоказані зміна місця роботи, зміни в сім'ї.

ДОДАТОК В

Результати посттравматичних когніцій досліджуваних

	Шкала 1 Негативні думки стосовно себе	Шкала 2 Негативні думки стосовно світу	Шкала 3 Самоїдство	Загальний бал	Примітка
1	41:21=1,95	22:7=3,14	11:5=2,2	74	
2	37:21=1,76	24:7=3,43	10:5=2,0	71	
3	32:21=1,52	16:7=2,29	7:5=1,4	55	
4	56:21=2,7	19:7=2,7	7:5=1,4	82	
5	63:21=3,0	21:7=3,0	16:5=3,2	100	
6	34:21=1,62	14:7=2,0	10:5=2,0	58	
7	27:21=1,29	15:7=2,14	7:5=1,4	49	
8	35:21=1,7	20:7=2,86	7:5=1,4	62	
9	52:21=2,48	25:7=3,57	13:5=2,6	90	
10	40:21=1,9	20:7=2,86	5:5=1,0	65	
11	38:21=1,8	23:7=3,29	10:5=2,0	71	
12	55:21=2,62	21:7=3,0	14:5=2,8	90	
13	36:21=1,71	21:7=3,0	12:5=2,4	69	
14	85:21=4,05	39:7=5,57	20:5=4,0	144	
15	22:21=1,05	17:7=2,43	5:5=1,0	44	
16	61:21=2,9	31:7=4,93	15:5=3,0	107	
17	48:21=2,29	25:7=3,57	9:5=1,8	82	
18	74:21=3,52	23:7=3,29	18:5=3,6	115	
19	53:21=2,52	26:7=3,71	21:5=4,2	100	
20	47:21=2,24	26:7=3,71	14:5=2,8	87	
21	21:21=1,00	17:7=2,43	5:5=1,0	43	
22	83:21=3,95	40:7=5,71	20:5=4,0	143	
23	41:21=1,95	22:7=3,14	11:5=2,2	74	
24	37:21=1,76	24:7=3,43	10:5=2,0	71	
25	32:21=1,52	16:7=2,29	7:5=1,4	55	
26	48:21=2,29	25:7=3,57	9:5=1,8	82	
27	74:21=3,52	23:7=3,29	18:5=3,6	115	
28	53:21=2,52	26:7=3,71	21:5=4,2	100	
29	47:21=2,24	26:7=3,71	15:5=3,0	88	
30	27:21=1,29	15:7=2,14	7:5=1,4	49	
31	35:21=1,7	20:7=2,86	7:5=1,4	62	
32	52:21=2,48	25:7=3,57	13:5=2,6	90	

33	$40:21=1,9$	$20:7=2,86$	$5:5=1,0$	65	
34	$38:21=1,8$	$23:7=3,29$	$10:5=2,0$	71	
35	$56:21=2,7$	$19:7=2,7$	$7:5=1,4$	82	
36	$55:21=2,62$	$21:7=3,0$	$14:5=2,8$	90	
37	$36:21=1,71$	$21:7=3,0$	$12:5=2,4$	69	
38	$63:21=3,0$	$21:7=3,0$	$16:5=3,2$	100	
39	$63:21=3,0$	$31:7=4,43$	$15:5=3,0$	109	
40	$34:21=1,62$	$14:7=2,0$	$10:5=2,0$	58	

ДОДАТОК С

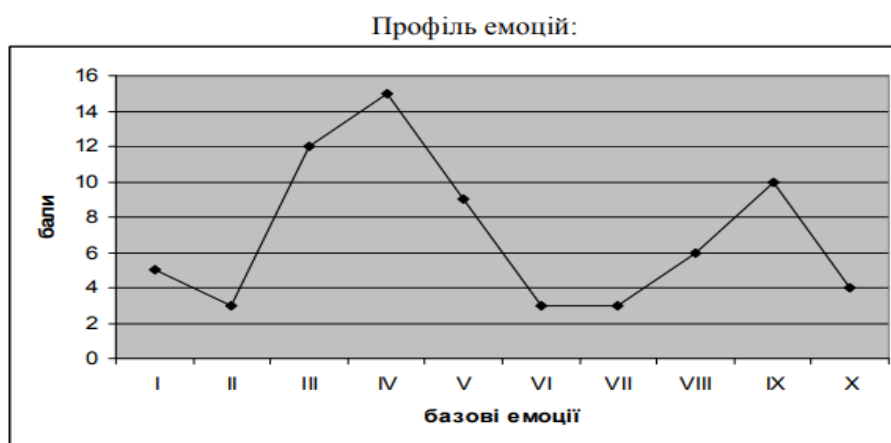
Шкала диференціальних емоцій (адаптація О.Леонової, М.Капіци, 2003)

Інструкція. Перед Вами список прикметників, які характеризують прояв різних почуттів та емоційних переживань. Справа від кожного прикметника розташовано ряд цифр від 1 до 5, що відповідає по зростанню ступеню вираженості даного переживання. Ми просимо Вас оцінити, наскільки кожне із запропонованих переживань властиве Вам у нинішній момент, для цього підкресліть відповідну цифру. Не задумуйтеся, найточнішою буде Ваша перша відповідь. Ваші можливі оцінки:

- 1 – переживання повністю відсутнє
- 2 – переживання виражено незначно
- 3 – переживання виражено помірно
- 4 – переживання виражено сильно
- 5 – переживання виражено максимально сильно.

Обробка результатів.

1. Підсумовується сума за кожною із 10-ти базових емоцій, значення кожної з яких може варіюватися від 3 до 15 балів. Використовуючи отримані показники будується «профіль емоцій» (див. рис.).



2. Підраховуються узагальнені показники за групами емоцій: Індекс позитивних емоцій (ПЕМ): характеризується ступенем позитивного емоційного ставлення людини до наявної ситуації. $ПЕМ = \sum (Інтерес+Радість+Здивування)$

Індекс гострих негативних емоцій (НЕМ): відображає загальний рівень негативного емоційного ставлення людини до наявної ситуації. $НЕМ = \sum (Горе+Гнів+Відраза+Презирство)$

Індекс тривожно-депресивних емоцій (ТДЕМ): визначає рівень відносності індивідуальних переживань тривожно-депресивного комплексу, що опосередковують об'єктивне ставлення людини до наявної ситуації. $ТДЕМ = \sum (Страх+Сором+Провина)$ Значення показників за методикою можуть варіюватися в діапазонах: ПЕМ – від 9 до 45 балів; НЕМ – від 12 до 60 балів; ТДЕМ – від 9 до 45 балів.

Інтерпретація результатів.

Ступінь емоційних переживань	ПЕМ	НЕМ	ТДЕМ
Слабкий	<=19 балів	<=14 балів	<=11 балів
Помірний	Від 20 до 28 балів	Від 15 до 24 балів	Від 12 до 20 балів
Виразений	Від 29 до 36 балів	Від 25 до 32 балів	Від 21 до 30 балів
Сильний	>= 37 балів	>= 33 балів	>= 31 бала

Текст методики

Базові емоції	Твердження	Оцінки				
I. Інтерес	1. Уважний	1	2	3	4	5
	2. Сконцентрований	1	2	3	4	5
	3. Зібраний	1	2	3	4	5
II. Радість	4. Той, що насолоджується	1	2	3	4	5
	5. Щасливий	1	2	3	4	5
	6. Радісний	1	2	3	4	5
III. Здивування	7. Здивований	1	2	3	4	5
	8. Зачудований	1	2	3	4	5
	9. Вражений	1	2	3	4	5
IV. Горе	10. Похмурий	1	2	3	4	5
	11. Сумний	1	2	3	4	5
	12. Зломлений	1	2	3	4	5
V. Гнів	13. Оскаженілий	1	2	3	4	5
	14. Гнівний	1	2	3	4	5
	15. Лютий	1	2	3	4	5
VI. Відраза	16. Відчуває неприязнь	1	2	3	4	5
	17. Відчуває відразу	1	2	3	4	5
	18. Відчуває огиду	1	2	3	4	5
VII. Презирство	19. Зневажливий	1	2	3	4	5
	20. Той, хто нехтує	1	2	3	4	5
	21. Гордовитий	1	2	3	4	5
VIII. Страх	22. Наляканий	1	2	3	4	5
	23. Боязливий	1	2	3	4	5
	24. Той, хто панікує	1	2	3	4	5
IX. Сором	25. Скромний	1	2	3	4	5
	26. Боязкий	1	2	3	4	5
	27. Сором'язливий	1	2	3	4	5
X. Провина	28. Той, хто жалкує	1	2	3	4	5
	29. Винуватий	1	2	3	4	5
	30. Той, хто розкаюється	1	2	3	4	5

ДОДАТОК D

Опитувальник посттравматичних когніцій (Posttraumatic Cognitions Inventory, PCTI)

Інструкція: Нижче наведено низку тверджень, які можуть відображати або не відображати Ваші думки. Уважно прочитайте кожне твердження і оцініть, наскільки Ви погоджуєтесь із ним. Пам'ятайте, що люди оцінюють травматичні події по-різному, тут немає правильних або неправильних відповідей.

1	2	3	4	5	6	7
абсолютно не згодний	переважно не згодний	частково не згодний	ставлюсь нейтрально	більше згодний	переважно згодний	абсолютно згодний

Текст методики.

1	Подія сталася внаслідок моїх дій	
2	Я не вірю в те, що буду робити правильні вчинки	
3	Я «слабак»	
4	Я не можу контролювати свій гнів і здатний на жадливі вчинки	
5	Я не можу впоратися із найменшими труднощами	
6	Раніше я був щасливою людиною, а зараз я постійно нещасний	
7	Людам не можна довіряти	
8	Я постійно насторожений	
9	Я відчуваю себе «мертвим» всередині	
10	Ми ніколи не знаємо, хто може нам завдати шкоди	
11	Я повинен бути особливо обережним, тому що ви ніколи не знаєте, що може статися далі	
12	Я неадекватний	
13	Якщо я буду думати про цю подію, то ніколи не впораюсь із нею	
14	Подія сталася тому, що вона завжди трапляється з таким людьми як я	
15	Після події мої реакції свідчать про те, що я божеволію	
16	Я ніколи не зможу знову відчувати нормальні емоції	
17	Світ небезпечний	
18	Хтось інший міг зробити так, аби подія не сталася	
19	Я постійно стаю гіршим, ніж був раніше	
20	Я відчуваю себе об'єктом, а не людиною	
21	Хтось інший не потрапив би у таку ситуацію	

22	Я не можу покластися на інших людей	
23	Я відчуваю себе ізольованим від інших людей	
24	У мене немає майбутнього	
25	Я не можу зупинити те погане, що відбувається зі мною	
26	Люди не такі, якими здаються	
27	Моє життя зруйноване травмою	
28	Щось зі мною не так	
29	Мої реакції після події свідчать про те, що я лузер	
30	Щось в мені є таке, що притягнуло до мене цю подію	
31	Я відчуваю, що я більше не знаю себе	
32	Я не можу покластися на себе	
33	Зі мною нічого хорошого не станеться	

Обробка результатів:

Загальний бал _____

Шкала 1: Негативні думки стосовно себе (твердження: 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 14, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 33, 35 і 36)

Шкала 2: Негативні думки стосовно світу (твердження 7, 8, 10, 11, 18, 23 і 27)

Шкала 3: Самоїдство (твердження: 1, 15, 19, 22 і 31)

Загальний бал є сумою усіх балів за кожним із 33 тверджень.

Негативні думки стосовно себе (загальний бал / 21)	=	
Негативні думки стосовно світу (загальний бал / 7)	=	
Самоїдство (загальний бал / 5)	=	

Нормативні дані:

	Травма відсутня	Травма, але не ПТСР	Травма з ПТСР
Шкала 1	1,08	1,05	3,60
Шкала 2	2,07	2,43	5,00
Шкала 3	1,00	1,00	3,20
Загальний бал	45,50	49,00	133,00

ДОДАТОК F

Опитування, на основі методики Глобального скринінгу психологічної травми (Global Psychotrauma Screen).

Інструкція :З початку повномасштабного вторгнення українці та українки щодня переживають травматичний досвід. Це зовсім не означає, що всі матимуть посттравматичний стресовий розлад, але будь-яка травма може лишити по собі слід та вплинути на загальний добробут людини. Пройдіть опитувальник давши відповіді «так» або «ні» на подані запитання.

1. Чи мали ви нічні жахіття, пов'язані з минулою(-ми) травматичною(-ими) подією(-ями) або ж у вас з'являлися думки про ці події тоді, коли ви не хотіли думати про це?
2. Чи доводилося вам докладати багато зусиль, щоб не думати про травматичну подію(-ї), яка(і) з вами відбулася, або ж робили все можливе, аби уникати ситуації, які нагадували вам про цю подію(-ї)?
3. Чи були ви постійно насторожі, надмірно пильні, або вас легко було налякати?
4. Чи почувалися ви заціпеніло або відокремлено від людей, вашої діяльності або вашого оточення?
5. Чи почувалися ви винними або не могли перестати звинувачувати себе чи інших через травматичну подію(-ї), що сталася з вами у минулому, або через інші проблеми, які вона спричинила?
6. Чи почувалися ви нікчемними або нічого не вартими?
7. Чи переживали ви спалахи гніву, які не могли опанувати?
8. Чи почувалися ви знервовано, тривожно чи на межі зриву?
9. Чи були ви не в змозі перестати непокоїтися чи контролювати це відчуття неспокою?
10. Чи почувалися ви пригнічено, депресивно чи безнадійно?
11. Чи переживали ви брак інтересу або задоволення від того, що робили?
12. Чи мали ви проблеми із засинанням, чи сном?

13. Чи намагалися ви навмисно завдати собі шкоди?
14. Чи здавався вам світ або люди навколо інакшими: дивними, нереальними, такими, наче ви уві сні?
15. Чи почувалися ви відокремлено від свого тіла (наприклад, наче ви споглядаєте себе згори або є стороннім спостерігачем свого тіла)?
16. Чи виникали у вас будь-які фізичні, емоційні чи соціальні труднощі, які вас турбували?
17. Чи намагалися ви зменшити рівень своєї напруженості за допомогою алкоголю, тютюну, наркотиків чи ліків?