

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

Навчально-науковий інститут №3
Кафедра психології, соціології та педагогіки

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

з навчальної дисципліни

**«ПРОФЕСІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНА ПІДГОТОВКА ПРАЦІВНИКІВ
КРИМІНАЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ»**

вибіркових компонент

освітньо-професійної програми першого (бакалаврського) рівня вищої освіти

262 Правоохоронна діяльність (Поліцейські)
Law Enforcement (Police Officer)

**за темою – «ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ В ДІЯЛЬНОСТІ
ПРАЦІВНИКА ПОЛІЦІЇ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ»**

Харків 2024

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол від 14.08.2024 № 8

СХВАЛЕНО

Вченою радою факультету № 3
Протокол від 09.08.2024 № 8

ПОГОДЖЕНО

Секцією науково-методичної ради
з гуманітарних та соціально-
економічних дисциплін ХНУВС
Протокол від 13.08.2024 № 7

Розглянуто на засіданні кафедри психології, соціології та педагогіки ННІ №3 (Протокол від 08.07.2024 № 13)

Розробник:

доцент кафедри психології, соціології та педагогіки ННІ №3,
кандидат психологічних наук, доцент Оксана ЛЯСКА.

Рецензент:

ДОЦЕНКО В.В. – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології, соціології та педагогіки ННІ №3 ХНУВС.

План лекції

1. Психологічна готовність людей до надзвичайних ситуацій
2. Стадії зміни психічного стану та відновлення після впливу екстремальних факторів
3. Психологічні стани бойового стресу
4. Прояви бойової психічної патології
5. Психологічні стани та перша психологічна допомога особам, які пережили стресову подію

Рекомендована література:

Основна

1. Бандурка О. М. Екстремальна юридична психологія в діяльності персоналу органів внутрішніх справ : наук.-практ. посібник : О. М. Бандурка та ін. Харків: Вид-во Нац. ун-ту внутр. справ, 2015. 319 с. (бібліотека ХНУВС).
2. Барко В. В., Барко В. І., Остапович В. П. Професійна психологічна підготовка поліцейських Національної поліції України. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2018. Випуск 2. Том 1. С. 176–181. URL : <http://pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/view/510/475>
3. Барко В. В., Барко В. І., Остапович В. П. Напрями вдосконалення професійної психологічної підготовки поліцейських Національної поліції України. *Психологічний часопис*, 2018. № 4. С. 9–18. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/psch_2018_4_3
4. Барко В. І., Остапович В. П. Барко В. В. Вимоги до керівника як до суб'єкта збереження психологічного здоров'я поліцейських національної поліції України. *Право і безпека*. 2016. № 3 (62). С. 113–120. URL : <http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/handle/123456789/1570>
5. Гізун А. І., Грігаї В. С. Аналіз сучасних теорій інформаційно- психологічних впливів в аспекті інформаційного протиборства. *Безпека інформації*. 2016. Том 22 № 3. С. 272–282. URL : <https://doi.org/10.18372/2225-5036.22.11102>
6. Гуменюк Л. Й. Соціальна конфліктологія: підручник / Л. Й. Гуменюк. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 564 с. URL : https://pidru4niki.com/78442/psihologiya/sotsialna_konfliktologiya
7. Гурський В. Є., Лефтеров В.О. Професійно-психологічний розвиток працівників спецпідрозділів поліції імітаційними засобами : монографія. Одеса, 2017. 163 с. URL : <http://dspace.onua.edu.ua/handle/11300/14459>
8. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Х. : ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с. URL : http://books.ndcnangu.co.ua/knigi/Monograf_bojov_psihol_travm_2018.pdf

Допоміжна

1. Геращенко О. С. Особливості психологічної підготовки працівників патрульної поліції до діяльності в екстремальних і надзвичайних ситуаціях. / Щ. С. Геращенко // 36. наук. пр. До нової концепції юридичної освіти. 2018. – С. 95-97. URL: <http://www.sulj.oduvs.od.ua/archive/2018/1/26.pdf>
2. Крашеніннікова Т.В. Комунікативна компетенція працівника Національної поліції: Навчальний посібник. – Дніпро: Адверта, 2017. – 107 с. URL:

https://er.dduvs.in.ua/bitstream/123456789/464/1/%D0%9D%D0%B0%D0%B2%D1%87%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%B9_%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%D0%B7_%D0%9A%D0%9F%D0%9D%D0%9F_9%2C11.pdf

3.Левенець О. А. Принципи розвитку психологічної стійкості працівників ОВС при виконанні професійної діяльності у ризиконебезпечних ситуаціях / О. А. Левенець // Юридична психологія та педагогіка. 2014. № 1. С. 135-145. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/urpp_2014_1_16.

Текст лекції

1. Психологічна готовність людей до надзвичайних ситуацій

Стихійні лиха, великі аварії, і катастрофи, перевищення трагічних наслідків викликає у людей велику емоційну збудженість, вимагає високої морально - психологічної стійкості, витримки й рішучості, готовності допомогти постраждалим, врятувати їх матеріальних цінностей.

Важка картина руйнацій і спустошень, безпосередня загроза для життя негативно впливає на психіку людини. У окремих випадках можуть порушити процес нормального мислення, послабити чи цілком виключити контроль себе, що зумовлює невинуватим і непередбачуваним діям.

Зазвичай, подоланню страху сприяє, передусім, почуття особистої відповідальності, усвідомлення значимості справи. Небезпека, ризик здоров'ю, важливість виконуваних робіт - усе це піднімає значимість скоєного у власних очах й у думці суспільства загалом.

У невідготовлених психологічно, незагартованих людей з'являється відчуття страху й прагнення втекти з небезпечного місця, в інших -

психологічного шоку, супроводжуваний заціпенінням м'язів. Саме тоді порушується процес нормального мислення, слабшає чи цілком втрачається контроль свідомості над почуттями і волею. Нервові процеси (порушення чи гальмування) виявляються по-різному.

Наприклад, в деяких розширюються зіниці - кажуть, "у страху очі великі", порушується подих, починається серцебиття "серце готове вирватися з грудей", спазми периферичних кровоносних судин - "побілів як крейда", з'являється холодний піт, слабшають м'язи - "опустилися руки чи коліна підігнулися", змінюється тембр голосу, інколи ж втрачається мова. Відомі навіть випадки смерті при раптовому страху від різкого порушення роботи судинної системи.

Типові психологічні реакції, що виникають під впливом стрес-факторів в умовах локального збройного конфлікту.

ПОЗИТИВНІ Мобілізація психологічних можливостей. Активізація ділових мотивів, обов'язку, відповідальності. Прояв інтересу, ентузіазму. Активізація й оптимізація пізнавальної діяльності. Актуалізація творчих можливостей. Підвищення готовності до рішучих і сміливих дій. Підвищення витривалості, невибагливості. Зниження порогу відчуттів, прискорення реакцій. Зниження стомлюваності, зникнення почуття втоми, безтурботності. Виникнення азарту, емоційного збудження. Підвищення концентрації уваги, ігнорування всіх другорядних сигналів. Покращення продуктивного мислення - швидкості пошуку і оцінки можливих виходів із ситуації, що склалася. Підвищення рівня розвитку вольових якостей.

НЕГАТИВНІ Прояв занепокоєння, непевності, тривоги. Загострення почуття самозбереження. Гостра боротьба мотивів обов'язку й особистої безпеки. Нерозуміння того, що відбувається, дезорганізація пізнавальної діяльності. Руйнація відпрацьованих навичок, поява помилок у роботі. Недостатня змобілізованість (гіпозмобілізованість), прояв розсіяності в діях. Втрата самоконтролю, прояв істеричних реакцій, панічні дії. Поява почуття

слабості, втоми, крайньої змореності. Прояв розгубленості (фрустрація, заціпеніння, ступор).

2. Стадії зміни психічного стану та відновлення після впливу екстремальних факторів

За результатами обстеження військовослужбовців, які зазнали впливу екстремальних факторів, М.М. Решетніковим було виділено шість послідовних стадій зміни їхнього психічного стану та відновлення військово-професійної працездатності.

1. -Стадія вітальних реакцій» – триває від декількох секунд до 5-15 хвилин, коли поведінка практично повністю підпорядкована імперативу збереження власного життя, з характерним звуженням свідомості. У цей період характерна реалізація переважно інстинктивних форм поведінки, які в подальшому переходять у короткочасний стан заціпеніння.

2. -Стадія гострого психоемоційного шоку з явищами зверхмобілізації». Ця стадія, як правило, розвивається після короткочасного стану заціпеніння, який завершує період -вітальних реакцій», триває від 3 до 5 годин і характеризується загальним психічним напруженням, граничною мобілізацією психофізіологічних резервів, загостренням сприйняття і збільшенням швидкості розумових процесів, проявами безрозсудної сміливості (особливо під час порятунку близьких) при одночасному зниженні критичної оцінки ситуації, але збереженні здатності до раціональної діяльності. В емоційному стані в цей період переважає почуття відчаю, що супроводжується відчуттями запаморочення, -бігу думок» і головного болю, а також серцебиттям, сухістю в роті, спрагою і утрудненим диханням. Завершення цієї стадії може бути як пролонгованим, з поступовим наростанням почуття виснаження, так і наступати раптово, миттєво, коли люди, які тільки що активно діяли, опинилися в стані близькому до ступора або непритомності, незалежно від ситуації.

3. -Стадія психофізіологічної демобілізації» – її тривалість до 3-х діб. В абсолютній більшості випадків настання цієї стадії пов'язувалося з

розумінням масштабів трагедії (—стрес усвідомлення) і контактами з людьми, які отримали важкі травми та тілами загиблих. Найбільш характерним для цього періоду було різке погіршення самопочуття і психоемоційного стану (аж до стану своєрідною прострації), і специфічних панічних реакцій. Яскраво виражені блідість, пітливість, тремор кінцівок. Зі скарг у цей період головними є нудота, -важкість в голові, дискомфорт з боку шлунково-кишкового тракту (у тому числі – блювота і діарея), повна відсутність апетиту (відмова від їжі), різка слабкість, уповільнення і утруднення дихання, аж до нападів задухи. Афектогенна ситуація як і стресогенна починається з того, що особистість в ній стикається з нерозв'язною проблемною ситуацією, із зростанням емоційної напруги. Накопичувана енергія вимагає виходу, але будучи заблокованою, створює наростаюче з кожною секундою емоційне напруження. Складається ситуація -парового котла перед його вибухом.

Теоретично, шляхів розрядки накопиченої енергії афекту п'ять:

- а) остовпіння,
- б) панічна втеча з місця події,
- в) зовнішня агресія,
- г) погром,
- д) агресія, спрямована проти себе.

У процесі розрядки енергії афекту особистість, як правило, втрачає контроль не тільки над своїми діями, але й над своєю мімікою (—незвичайні погляди, -відсутні або спотворені обличчя). Після зняття загрози, людина перебуває в стані граничного фізичного стомлення, слабкості, навіть сонливості. Цей стан оцінюється як фаза релаксації фізіологічного афекту.

4. Подальша динаміка стану і самопочуття визначається специфікою впливу екстремальних факторів, отриманими травмами і морально-психологічною ситуацією після подій. Слідом за -психофізіологічною демобілізацією (при відносно високій варіативності її строків) достатньо часто спостерігався розвиток 4-ої стадії -стадії розв'язки (від 3 до 12 діб). У

цей період, за даними суб'єктивної оцінки, поступово стабілізуються настрої і самопочуття.

Однак, за результатами об'єктивних даних і спостереження, в абсолютної більшості обстежених зберігалися: знижений емоційний фон, обмеження контактів з оточуючими, зниження інтонаційного забарвлення мови, сповільненість рухів, порушення сну і апетиту, а також різні психосоматичні реакції (переважно з боку серцево-судинної системи шлунково-кишкового тракту та ендокринної сфери). До кінця цього періоду у більшості постраждалих з'являлося бажання «виговоритися», що реалізовується шляхом вибіркової спрямованості переважно на осіб, які не є очевидцями подій, і супроводжувалося деякою ажитацією. Цей феномен, що входить до системи природних механізмів психологічного захисту («відторгнення спогадів шляхом їх вербалізації», у ряді випадків приносив постраждалим суттєве полегшення (що є одним з показників для дебрифінгу).

5. «Стадія відновлення» психофізіологічного стану починалася переважно з кінця другого тижня після отриманої психічної травми і найбільш чітко виявлялася в поведінкових реакціях: активізувалося міжособистісне спілкування, починало нормалізуватися емоційне забарвлення мови і мімічних реакцій, вперше з'являлися жарти, що викликали емоційний відгук у оточуючих, відновлювалися сновидіння у більшості обстежених. У стані фізіологічної сфери позитивної динаміки і на цій стадії виявлено не було.

У більш пізні терміни (через місяць) у 12-22% постраждалих виявлялися стійкі порушення сну, невмотивовані страхи, повторювані кошмарні сновидіння, нав'язливість, галюцинаторні стани і деякі інші, а ознаки астено-невротичних реакцій, у поєднанні з психосоматичними порушеннями в функціонуванні шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної та ендокринної систем, визначалися у 75% постраждалих.

6. –Стадія відставлених реакцій», яка для певної частини постраждалих (до 10% випадків) може оцінюватися як гострий стресовий розлад або як маніфестація початку ПТСР). Одночасно збільшується внутрішня і зовнішня конфліктогенність, що вимагає спеціальних підходів.

3. Психологічні стани бойового стресу

1. Стан шоку (бойовий шок). Бліда шкіра; пильний погляд, людина майже не моргає; забуває, що було, що потрібно робити; не виявляє емоцій, описуючи емоційно заряджену ситуацію; відсутність або уповільнення мовлення; холодні кінцівки; тримається окремо від інших, аби почувати себе в безпеці; слабкий м'язовий тонус або сильні спазми.

2. Надзбудження (бойовий стрес). Почервоніння шкіри; часте моргання; різкий сміх; неспокій, метушливість; пітніє; швидко, нестримне мовлення; надмірна пильність, настороженість; емоційні вибухи; надмірна реакція страху, що довго триває; несподіване відчуття жару; різко відводить погляд; надмірна чутливість; напружені м'язи.

3. Втома (бойове виснаження). Песимізм, пригніченість, в'ялість; дратівливість, невдоволення всім («нічого не хочеться»); тривожність; знервованість; напружений вираз обличчя; брак стійкого контакту очі в очі; голосне мовлення; важко розслабитися; проблеми зі сном і апетитом; працездатність знижена (важко виконувати поставлені завдання, не хочеться вмиватися, голитися тощо).

4. Вихід із травми. Хвилеподібно накочується туга, сум, спустошення; може бути почуття провини, образи; періодично хочеться плакати при згадці про травматичні події; в такі моменти з'являється небажання жити; стримування сліз; погіршення імунітету — часті простудні захворювання; психосоматичні розлади (наприклад, проблеми з травленням, підвищення тиску, болить голова тощо).

5. Адаптація до екстремальної ситуації. Поліпшення уваги; активізація мислення; загострення вищих почуттів: патріотизму, відповідальності, колективізму, совісті, готовності до самопожертви тощо;

віра в свої сили, в успіх, сподівання на краще; здатність терпляче витримувати випробування; емоційна стійкість; здатність до концентрації для вирішення завдання; стійкість до тимчасових невдач; здатність організму швидко перебудовуватися, підвищення витривалості.

4. Прояви бойової психічної патології

З точки зору національної класифікації психічних розладів, відзначається, що в результаті бойової психічної травми у поліцейських найбільш часто зустрічаються реактивні психози (частіше у вигляді афективно-шоківих реакцій, істеричних психозів і психогенних депресій), а також **непсихотичні психогенні реакції**.

Найбільш часті форми: гострі афектогенні (емоціогенні) реакції, афективне звуження свідомості, псевдодементні форми, реактивні депресії і параноїди.

Реактивні психози. Розрізняють гострі (від декількох хвилин до декількох днів), підгострі і затяжні (6 і більше місяців).

Гостра реакція на стрес (афективно-шоківі психози (реакції)) – це транзиторний розлад значної тяжкості, який розвивається у осіб без видимого психічного розладу раніше у відповідь на винятковий фізичний і психологічний стрес, і який зазвичай триває протягом декількох годин, іноді до 1-2 діб. У даній ситуації діє сила і значимість психічної травми – загроза життю.

Афективно-шоківі реакції (іноді їх називають також шоківими реакціями, шоківими неврозами, емоцією-шоком) зазвичай проявляються реактивним ступором або реактивним руховим збудженням.

Реактивний (психогенний) ступор виражається у знерухомленості, що наступила раптово. Людина, незважаючи на смертельну небезпеку, не рухається з місця, не може зробити жодного кроку, жодного руху, не в силах вимовити жодного слова (мутизм). Після виходу з такого ступору людина, як правило, не пам'ятає всього, що відбувалося. Реактивний ступор триває недовго (хвилини, години) і часто переходить в інший тип психогенної

реакції, зазвичай депресію. Іноді при шоківій реакції переважно страждає емоційна сфера, настає так званий емоційний параліч, коли всі почуття на якийсь момент як би атрофуються, людина стає байдужою і ніяк емоційно не реагує на події навколо. В той же час розумові здібності майже повністю зберігаються, людина все бачить, все помічає, попри нерідко смертельну небезпеку, за всім спостерігає як би з боку.

Реактивне психогенне збудження характеризується хаотичним, безглуздим руховим збудженням, що настає раптово. Людина кидається, робить масу непотрібних рухів, безцільно розмахує руками, кричить, благає про допомогу, не помічаючи часом при цьому реальних шляхів до порятунку. Іноді раптово кидається кудись бігти без жодної мети (фугіформна реакція – від лат. *fugio* – тікаю). Якщо кілька людей охоплено таким психогенним збудженням, то подібне явище називається панікою. Подібні реакції можуть іноді приймати характер масового індукованого психозу, особливо в тому випадку, якщо –індуктором|| стає надзвичайно навіювана істерична особистість.

Реактивне збудження, так само, як і ступор, супроводжується, зазвичай, станом затьмареної свідомості з наступною амнезією. При шоківих реакціях характерні різноманітні вегетативні порушення у вигляді тахікардії, різкого збліднення, пітливості, профузного проносу. Потреба в природному сні є межею, що визначає максимальну тривалість гострої афективної реакції. Афективна напруга, яка триває багато днів, свідчить про пролонгований реактивний стан.

Істеричні психози (пуерилізм (дитячість), регрес психіки (–зривання||) мають місце тільки істеричні сутінкові стани свідомості (фуга, транс, ступор) і синдром Ганзера. Останнім часом істеричні психози представлені головним чином істеричним сутінковим затьмаренням свідомості. При істеричному сутінковому затьмаренні свідомості зазвичай в поведінці хворих завжди відображається конкретна психотравмуюча ситуація, що нерідко супроводжується гучним демонстративним плачем,

неадекватним сміхом або навіть гучним реготом. Можливі істеричні випадки. Після того, як закінчиться гострий період, може наступити короткочасна ейфорія (хвилини, години), коли у постраждалих виникає неадекватно підвищений настрій з переоцінкою своїх сил і можливостей, байдужість до реальної небезпеки.

Психогенні депресії. Виразність депресивних переживань різна, діапазон їх коливається від психологічно адекватних переживань втрати, що супроводжуються смутком і пригніченістю, до вітальної глибокої туги з переживанням безвиході, непоправності втрати та ідеями самозвинувачення. Найбільш частою психічною травмою, що призводить до депресії, є ситуація емоційного позбавлення, тобто втрата близької людини, бойового товариша, командира. Залежно від закономірностей розвитку депресивної симптоматики виділяють чисту, або просту, депресію, істеричну і тривожну.

Депресивна симптоматика виникає зазвичай через кілька днів після події. Вважається, що в ці дні відбувається внутрішня переробка, оцінка значимості втрати. Депресія супроводжується вегетативними симптомами – розладами сну і апетиту, тахікардією. Можуть спостерігатися гіпнагогічні галюцинації, що відображають зміст психічної травми.

Непсихотичні психогенні розлади.

Неврози – зворотні пограничні психічні розлади, зумовлені впливом психотравмуючих чинників, що протікають з усвідомленням хворим факту своєї хвороби, без порушень відображення реального світу і проявляються в основному психогенно обумовленими емоційними і соматовегетативними розладами.

У вітчизняній психіатрії виділяють три основних неврози: неврастенію, істеричний невроз, невроз нав'язливих станів. Останні двадцять років психіатри стали виділяти депресивний невроз, або невротичну депресію.

Неврастенія. Цей невроз проявляється підвищеною збудливістю і дратівливістю у поєднанні з швидкою стомлюваністю, виснаженістю, а також дратівливою слабкістю. Неврастенія має 4 етапи розвитку: 1) короткочасні

вегетативні реакції; 2) сенсомоторні розлади; 3) афективні порушення; 4) ідеаторні розлади (складнощі в інтелектуальній діяльності).

Істеричний невроз. Характеризується рядом розладів: вегетативними, руховими, афективними, сенсорними. У постраждалого починають переважати яскраві образні уявлення, люди стають вкрай навіюваними і самонавіюваними. На цьому фоні нерідко розвиваються порушення свідомості. У поведінці людей завжди знаходить відображення конкретна психотравмуюча ситуація. У клінічній картині помітна демонстративність поведінки з плачем, безглуздим реготом, істероформними випадками.

Невроз нав язливих станів (психастенія). Постраждалого переслідують нав'язливі страхи, уявлення, спогади, сумніви, думки, ідеї.

Депресивний невроз (невротична депресія) – легка форма депресії, яка супроводжується зниженням настрою, адинамією, вегетосоматичними розладами, порушеннями сну, слізливістю, балакучістю, зниженням ініціативності.

Проведений аналіз психічних станів, які можуть спостерігатися у поліцейських при бойовій психічній травмі, дозволяє представити їх у вигляді двох груп:

- з непсихотичною симптоматикою і
- з психотичними розладами.

Такий підхід є найбільш зручним і зрозумілим, оскільки спирається на можливі рівні патологізації психіки.

До *непатологічних* (фізіологічних) невротичних явищ відносяться реакції на бойовий стрес (адаптаційні реакції). Вони виявляються в підвищеній емоційній напруженості і психомоторних змінах, викликаних страхом (безліч нераціональних рухів, невпорядковане, безцільне метання, ступорозне знерухомлення, уривчаста, незв'язна мова). До названих симптомів додаються такі вегетативні реакції, як часте сечовипускання, дисфункція шлунка і кишківника; нудота, запаморочення, ознобоподібний

тремор; зміна пігментації шкірного покриву; відчуття нестачі повітря, відчуття задухи; відчуття сильної фізичної слабкості, жару або холоду та ін.

Психогенні патологічні реакції проявляються в симптомах астенічного, депресивного, істеричного та інших синдромів. Основним показником того, що спостережувана симптоматика відображає непсихотичний рівень травматизації поліцейського, є збереження їм в достатній мірі критичної оцінки того, що відбувається і здатності до цілеспрямованої діяльності. Розлади психотичного рівня у військових підрозділах трапляються вкрай рідко. Вони характеризуються тим, що у постраждалих відзначаються виражені порушення психічної діяльності, що позбавляють їх можливості правильно (неперекручено) відображати те, що відбувається, а також має місце повна втрата працездатності. Як правило, поліцейські з психічними розладами такого рівня отримують допомогу в спеціалізованих медичних установах психіатричного профілю.

5. Психологічні стани та перша психологічна допомога особам, які пережили стресову подію

Надання ППД особам з агресивною поведінкою

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

Що робити?

- Максимально обмежте кількість оточуючих.
- Дайте потерпілому можливість «випустити пару» (виговоритися, розбити непотрібний предмет).
- Доручіть йому роботу, пов'язану з високим фізичним навантаженням.
- Демонструйте доброзичливість. Навіть якщо ви не згодні з потерпілим, не звинувачуйте його самого, а висловлюйтеся з приводу його дій. Інакше агресивна поведінка буде спрямована на вас.

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

Надання ППД особам з ознаками ступору

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

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

Що робити?

- Долоню вільної руки покладіть на груди потерпілого і керуйте його диханням.
- Людина, перебуваючи в ступорі, може чути і бачити. Тому необхідно будь-якими засобами досягти реакції потерпілого, вивести його із заціпеніння, наприклад, говорити йому на вухо тихо, повільно і чітко те, що може викликати сильні емоції (можна негативні).
- Постійно розмовляйте з людиною. Наполягайте на тому, щоб вона виконувала прості дії (стискала вашу долоню, кивала, згинала руки, відповідала на прості питання).
- Легкий масаж плечей, потилиці, стискання рук потерпілого.

Надання ППД особам з ознаками апатії

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

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

Що робити?

- Постійно тримати в полі зору, щоб він не заподіяв собі шкоди.
- Намагатись привернути увагу і змусити взаємодіяти з вами.
- Ставити прості питання: «Як тебе звати?», «Хочеш їсти?».
- Відвести від місця події, допомогти зручно влаштуватися.
- Утримувати фізичний контакт.

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

Надання ППД особам з ознаками рухового збудження, дезорієнтації

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

Що робити?

- Ізолюйте потерпілого від оточення.
- Говоріть спокійним голосом про почуття, які він переживає («Тобі хочеться, щоб це припинилося? Ти хочеш втекти, сховатися від того, що відбувається»?)
- Не сперечайтесь з потерпілим, не ставте запитань, у розмові уникайте фраз з часткою «не» («Не біжи», «Не вимахуй руками», «Не кричи»).
- Пам'ятайте, що потерпілий може завдати шкоди собі та іншим.
- Рухове збудження зазвичай триває недовго і може змінитися нервовим тремтінням, плачем, а також агресивною поведінкою.

Надання ППД особам з ознаками страху

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

Що робити?

- Покладіть руку потерпілого собі на зап'ястя для відчуття вашого спокійного пульсу, що є сигналом: «Я зараз поруч, ти не один!». Також можна постійно підтримувати фізичний контакт із людиною.
- Підтримка зорового контакту.
- Пояснення потерпілому чіткого плану дій: «Ми будемо робити наступне», «Ми знаємо, що робити, не хвилюйтесь».
- Дихайте глибоко і рівно, спонукайте потерпілого дихати в одному з вами ритмі.
- Якщо потерпілий говорить, слухайте його, виявляйте зацікавленість, розуміння, співчуття.

- Легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла.

Надання ППД особам з ознаками паніки

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

Що робити?

зрозумійте причини тривоги, паніки й агорафобії;

визначте ситуації, яких ви уникаєте чи боїтеся;

оцініть природу конкретних симптомів, їх частоту і важкість, а також обставини, за яких виникає паніка;

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

Надання ППД особам з ознаками нервового тремтіння

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

Надання ППД особам з ознаками галюцинацій та марення

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

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

Галюцинації – мимовільне сприйняття (зорове, слухове, смакове, дотичне, нюхове) неіснуючих об'єктів, які особистість вважає реальними. Галюцинації спостерігаються не лише у разі психічних захворювань, а й при

отруєннях, психічних травмах, сильних душевних потрясіннях, тривалих очікуваннях тощо.

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

Галюцинаторні переживання та марення	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Втрата адекватності оцінки зовнішньої обстановки і здатності орієнтуватися в ній, адекватно реагувати на ситуацію.	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Потерпілий переживає відчуття присутності уявних об'єктів, яких немає в реальності.	Ізолювати постраждалого. Не залишати його самого, слідкувати, щоб він не нашкодив собі та оточуючим.
Робить хибні висновки, в помилковості яких його не можна переконати.	Проявіть терпіння і турботу. Галюцинації можуть бути ознакою загострення під дією стресу прихованого психічного захворювання, інтоксикації – не обов'язково алкогольної чи наркотичної, травмувань головного мозку тощо.
	Говоріть із постраждалим спокійним голосом, погоджуйтесь з ним, не намагайтесь його переконати (це неможливо).
	Викликати медичного працівника.
	Другий рівень
	Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.
	Третій рівень
	Обов'язково порадити батькам/близьким особам звернутися до лікаря-психіатра. Враховуючи призначену медичне лікування і рекомендації лікаря, за потреби надати допомогу у відновленні самооцінки постраждалого. Якщо є потреба, то допомогти пережити почуття сорому, провини тощо, щоб вони не обтяжували протікання основного захворювання. Якщо проблема була пов'язана з вживанням алкоголю, провести заходи профілактики адиктивної поведінки.

Надання ППД особам з ознаками плачу

Що робити?

- Не залишайте потерпілого наодинці.
- Встановіть фізичний контакт з потерпілим (візьміть за руку, покладіть руку йому на плече або спину, погладьте по голові), дайте відчуття, що ви поруч.
- Застосовуйте прийоми «активного слухання»: періодично вимовляйте «ага», «так», кивайте головою, підтверджуйте, що слухаєте і співчуваєте; повторюйте за потерпілим уривки фраз, в яких він висловлює свої почуття.
- Не намагайтеся заспокоїти потерпілого. Дайте йому можливість виплакати і виговоритися, «виплеснути» із себе горе, страх, образ.
- Не ставте запитань, не давайте порад. Ваше завдання – вислухати.
- Запропонуйте людині води.

Надання ППД особам з ознаками істерики

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

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

Що робити?

- Видаліть глядачів, створіть спокійну обстановку. Залишіться з людиною наодинці, якщо це не небезпечно для вас.
- Несподівано зробіть дещо, що може сильно здивувати (плеснути в обличчя водою, з гуркотом впустити предмет, різко крикнути).
- Говоріть з людиною короткими фразами, впевненим тоном («Випий води», «Вмивайся»).
- Після істерики настає знесилення. Вкладіть людину (за можливості) у ліжку. До прибуття фахівця спостерігайте за її станом. Не потурайте бажанням людини.

- При загрозі здоров'ю потерпілого можлива фіксація голови та самого потерпілого заради його безпеки.
- Не кидайтеся обіймати людину. Візьміть її за руку або покладіть свою руку їй на плече. Якщо побачите, що це людині неприємно, уникайте тілесного контакту.
- Не розпитуйте людину про подробиці того, що сталося. Ні в якому разі не звинувачуйте її в тому, що сталося.
- Дайте людині зрозуміти, що він може розраховувати на вашу підтримку.
- Якщо людина починає розповідати про те, що сталося, спонукайте говорити не про конкретні деталі, а про емоції, пов'язані з подією. Домагайтеся, щоб вона говорила: «Це не моя провина, винен насильник»; «Було зроблено усе можливе в таких обставинах».
- Спробуйте дізнатись про наявність тілесних ушкоджень, при можливості, надайте першу медичну допомогу.

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

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

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

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

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

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

- емоційний комплекс – печаль, гнів, тривога, безпорадність, безнадійність, байдужість, жаль, провина, тривога, агонія, сором, депресія;
- когнітивний комплекс – нав'язливі думки, забудькуватість, труднощі з концентрацією, зневіра, відчуття присутності померлого, складнощі з прийняттям рішень;
- поведінковий комплекс – порушення сну; безглузда, нерациональна поведінка; уникнення місць, пов'язаних із померлим; гіперактивність в роботі або іншій діяльності як спосіб приглушення болю; відхід від соціальних контактів; втрата інтересів; надмірна залежність від когось; алкоголізація як спроба встановлення комфорту; відмова насолоджуватись чимось веселим, приємним;
- можливі комплекси фізичних відчуттів: плач, тремтіння, відчуття непритомності; проблеми з травленням; постійна сонливість, безсоння або нічні кошмари; зміна у вазі (зниження або набирання ваги); ослаблена імунна система.

Реакція горя.

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

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

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

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

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

Прояви першої фази реакції втрати:

- «Я не можу повірити ...»/заперечення реальності;
- відчуття дереалізації/деперсоналізації (це не по-справжньому, не зі мною);
- вихор почуттів: паніка, біль, відчай, туга, злість;
- або ж відсутність почуттів – заціпеність, відчуженість, що грає функцію психологічного буфера;
- соматичні відчуття: стиснуло в горлі, неможливість вдихнути, запаморочення;
- дезорганізація поведінки: порушення, крик, плач або заціпеніння, відстороненість;
- стан ошелешеності з деяким звуженням сфери свідомості та уваги, неможливістю повністю усвідомити подразники і дезорієнтацією;
- ухиляння з навколишньої ситуації (до стану дисоціативного ступору або ажитацією і надактивністю);
- окремі риси панічного розладу (тахікардія, надмірне потовиділення, почервоніння);
- виняткова увага на образі померлої людини, взаємодія з оточенням «на автопілоті».

Саме на першій фазі переживання горя надають першу психологічну допомогу.

2 фаза - Страждання (6-7 тижнів)

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

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

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

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

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

3 фаза: Прийняття (6 місяців - 1 рік)

- відновлюється сон і апетит;
- втрата перестає бути головною подією в житті;
- хоч інколи ще можуть бути «гострі приступи горя», проте вже з'являється здатність планувати життя з урахуванням втрати.

4 фаза: Відновлення

Горе замінюється сумом, втрата сприймається як щось неминуче.

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

Надання ППД особі зі спробою вчинити суїцид

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

Основні рекомендації:

- Ваше завдання: зняти загрозу суїциду та передати потерпілого спеціалістам.
- Реальний суїцид рідко буває демонстративним. Поки людина розмовляє з поліцейським, вона залишається живою.
- Намагайтесь підтримувати діалог. Розмовляйте на будь-яку тему, яку людина згодна обговорювати.
- Намагайтесь оминати сильних емоцій та переживань («На слабо, ти ж мужик»).
- Обережно шукайте ціннісні для людини теми.
- Вкажіть їй про неможливість скоєння суїциду, можливість залишитись інвалідом (60% тих, хто стрибає з цього поверху, виживають та залишаються інвалідами на все життя).

Людина дуже сильна, здатна розвиватися, зростати, потрібно тільки сприяти цьому. Як приклад розповідаю **історію про щурів**.

Був проведений цікавий експеримент: щурів кинули у скляну посудину з водою. Вони все обстежили й зрозуміли, що звільнитися неможливо, і через три години почали тонуть. Тоді кинули канат: тварини вибралися в безпечне місце, зігрілися, поїли, відпочили. Через якийсь час цих же щурів посадили в ту ж саму посудину з водою.

Як ви думаєте: перший раз тварини плавали три години, а скільки плавали вдруге? Довше, але наскільки? Плавали три доби, чекаючи на

порятунок! У щурів була надія: вони знали, що в них є шанс вибратися; вірили, що в якийсь момент може з'явитися канат, сподівалися напорятунок. Так і люди: якщо є надія на перемогу, то з'являється неймовірна сила.

Запитую, що є канатом для присутніх (найчастіше — це підтримка друзів, волонтерів, родини).

Розповідаючи про функціонування психіки в екстремальній ситуації, ілюструю сказане метафорою «у віз запряжені коні, якими керує кучер». Психіка людини складається із трьох частин. Найдавніша стволова частина і парасимпатична нервова система відповідають за тіло — «віз». Лімбічна частина і симпатична нервова система — за емоції та дії («коні»), а система емоційного й соціального контролю — узагальнює досвід, спрямовує діяльність, контролює («кучер»).

Коли трапляється щось надзвичайне, небезпечне для життя, лімбічна частина («коні») бере керівництво на себе. Передусім вона «відключає» систему контролю («кучера»). (В небезпечній ситуації так усе й має бути.) Починає інтенсивно функціонувати стволова частина: виділяються гормони, необхідні для інтенсивного реагування на ситуацію — адреналін, норадреналін, кортизон. Виділяються і знеболюючі речовини, що притупляє, а іноді й зовсім відключає чутливість тіла — така реакція зменшує страждання, зберігає від больового шоку у випадку поранення. Наприклад, антилопа у стані шоку падає замертво за кілька хвилин до того, як кігті лева доторкнуться її. Це дає можливість тварині вижити, якщо лев її не з'їсть відразу. Якщо ж вижити не вдається — смерть буде безболісною. Уникнувши небезпеки, антилопа знаходить безпечне місце і починає тремтіти — так організм звільняється від напруження.

Розповідаю, які прояви характерні для кожного етапу переживання травми. Це дає можливість кожному визначити своє самопочуття і зрозуміти, що відбувається з бойовими побратимами.