

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА НАПН УКРАЇНИ**



**Л. Г. ЦАРЕНКО**

**EMDR. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА**

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

Київ  
2023

УДК 159.9 : 615.851  
ББК 88.4  
Ц 19

*Рекомендовано до друку вченою Радою Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України (протокол № 7 від 27 червня 2023 року)*

**Рецензенти:**

**Т. Д. Ілляшенко**, кандидат психологічних наук, провідний науковий співробітник лабораторії психологічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи НАПН України

**Л. В. Дзюбко**, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник, старший науковий співробітник лабораторії навчання ім. І. О. Синиці Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України

**Ц 19 Царенко Л. Г. EMDR. Невідкладна допомога : методичні рекомендації / за ред. Н. В. Пророк. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2023. 106 с.**

**ISBN 978-617-7745-29-6**

Методичні рекомендації присвячено питанню надання невідкладної психологічної допомоги в умовах війни. На основі полівагальної теорії Стівена Порджеса описано типи реагування на стрес і травму, стани, що потребують невідкладної психологічної допомоги. Запропоновано алгоритм невідкладної психологічної допомоги у випадку гострих реакцій на стрес.

Методичні рекомендації підготовлено на основі аналізу літературних джерел, матеріалів тренінгів і навчальних семінарів та особистого досвіду роботи авторки як психолога у зоні АТО в 2014–2015 роках, а також із представниками різних категорій постраждалого населення на онлайн-платформі телемедицини GPNOW у 2022–2023 роках.

Методичні рекомендації розраховані на практичних психологів, зокрема психологів закладів освіти, силових структур, а також усіх, хто цікавиться питанням саморегуляції та надання психологічної допомоги в умовах війни.

УДК 159.9 : 615.851  
ББК 88.4

**ISBN 978-617-7745-29-6**

© Інститут психології імені Г. С. Костюка  
НАПН України, 2023

## ЗМІСТ

<b>Передмова</b> .....	4
<b>Розділ 1.</b> Організація підтримки психічного здоров'я в умовах надзвичайних та екстремальних ситуацій.....	6
<b>Розділ 2.</b> Невідкладна психологічна допомога у світлі теорії Стівена Порджеса.....	17
<b>Розділ 3.</b> Гострі стресові реакції і гострі стресові прояви.....	26
<b>Розділ 4.</b> Невідкладна психологічна допомога: спостереження.....	37
<b>Розділ 5.</b> Невідкладна психологічна допомога: психологічні заходи низької інтенсивності.....	49
<b>Розділ 6.</b> Протоколи невідкладної психологічної допомоги EMDR.....	62
<b>Додатки</b> .....	77

## ПЕРЕДМОВА

Сильне здорове суспільство характеризується здатністю людей підтримувати одне одного, допомагати тим, хто цього потребує і регулювати власний психофізіологічний стан. А фахівці зі сфери психічного здоров'я мають не тільки знати й застосовувати спрямовані на раннє втручання психологічні техніки й технології психічної регуляції і саморегуляції, але й передавати свої знання і навички якомога більшій кількості людей.

До 2013 року в Україні невідкладну психологічну допомогу у важких життєвих ситуаціях надавали працівники соціальних служб (екстрена і кризова психологічна допомога), а в надзвичайних ситуаціях – психологічна служба системи ДСНС (екстрена психологічна допомога). З початком Революції Гідності і в перші місяці російсько-української війни практичні психологи здебільшого застосовували зазначені вище модифіковані технології раннього втручання. Психологічна служба Майдану так і називалася – «кризова служба». Працюючи з особовим складом силових структур, зокрема у зоні АТО, психологи здебільшого орієнтувалися на технології екстреної психологічної допомоги.

Після 2014 року зросла кількість орієнтованих на раннє втручання технологій. Було проведено низку тренінгів із першої психологічної допомоги, почалося освоєння психотерапевтичних методів, спрямованих на подолання наслідків психічного травмування (насамперед травмафокусованих підходів), у яких передбачаються орієнтовані на раннє втручання техніки і технології. Репертуар психологічної допомоги на ранніх етапах розширився.

З початком повномасштабної війни суттєво зросла кількість людей, що потрапили в епіцентр екстремальних, надзвичайних чи просто важких життєвих ситуацій, які для багатьох стали стресовими, травмівними, кризовими. Популяризація орієнтованих на раннє втручання технік і технологій психологічної допомоги і самопомоги вийшла за межі фахових спільнот на екрани телевізорів, на простір інтернету. Зросла кількість семінарів, вебінарів, на яких зарубіжні психологи і психотерапевти діляться своїм досвідом із

українськими психологами. Технік і технологій, орієнтованих на раннє втручання, стало більше.

Мета методичних рекомендацій: допомогти всім зацікавленим зорієнтуватися в короткотривалих, орієнтованих на раннє втручання техніках та технологіях психологічної допомоги – у показаннях та специфіці їхнього застосування, особливостях структури.

У 2022 році я познайомилася з американським психологом – ветераном в'єтнамської війни, учнем Френсін Шапіро (автор EMDR), тренером і супервізором міжнародного рівня – Теодором Олійником, який поділився ефективними техніками раннього втручання та протоколами невідкладної психологічної допомоги EMDR, з якими психологи можуть працювати без знання основного протоколу EMDR.

Невідкладна психологічна допомога з використанням EMDR – це застосування спрощених структурованих форм EMDR-терапії, доказово ефективних для покращення окремих аспектів психічного здоров'я та психосоціального благополуччя, зокрема у випадку гострої емоційної чи поведінкової реакції на стрес.

Досвід Теодора Олійника у сфері невідкладної психологічної допомоги ліг в основу методичних рекомендацій. Зазначені матеріали доповнені технологіями низької ефективності та технологіями психічної регуляції та саморегуляції.

Представлені технології були апробовані під час навчання психологів силових структур у 2022 році та під час роботи у 2022–2023 роках на онлайн-платформі телемедицини GPNow, де надавалася психологічна допомога представникам різних категорій постраждалого населення України.

## Розділ 1

# ОРГАНІЗАЦІЯ ПІДТРИМКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ ТА ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ

### **Система мінімального багатовекторного реагування згідно з Керівництвом МПК**

Організуюючи систему підтримки психічного здоров'я в Україні, потрібно враховувати, що з початком повномасштабної війни, після лютого 2022 року, стрімко зросла кількість людей, які потребують допомоги на рівні мінімального реагування, зокрема, орієнтованих на раннє втручання заходів першої психологічної допомоги та невідкладної психологічної допомоги. На сьогоднішній день таких людей набагато менше, проте не можна прогнозувати, що буде в майбутньому. У зв'язку з цим необхідна підготовка до реагування в гострих фазах війни, потрібна їй невідкладна психологічна допомога як важливий складник системи не лише мінімального, а й комплексного реагування.

Під час війни в системі психологічної допомоги та психосоціальної підтримки необхідні орієнтовані на раннє втручання як перша психологічна, так і невідкладна психологічна допомога. У широкому розумінні орієнтована на раннє втручання невідкладна психологічна допомога частково відповідає визначенню поняття «перша психологічна допомога» – система невідкладних короткотривалих заходів, спрямованих на регуляцію актуального психічного, психофізичного стану і стабілізацію негативних емоційних переживань людини чи групи людей, що постраждали в екстремальній чи надзвичайній ситуації [5]. Невідкладна психологічна допомога стосується не тільки тих, хто безпосередньо постраждав в екстремальній чи надзвичайній ситуації, – може бути, наприклад, вторинна травматизація.

Про необхідність першої психологічної та невідкладної психологічної допомоги ветеранам зазначено в Порядку [6] та умовах надання безоплатної психологічної допомоги особам, які звільняються або звільнені з військової служби (*затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 29*

листопада 2022 р. № 1338), у якому подано комплексну систему психологічної допомоги ветеранам. (Ця система може стати основою створення системи психологічної допомоги й іншим категоріям населення.) Тут виділено орієнтовані на раннє втручання форми психологічної допомоги ветеранам, а саме: **перша психологічна допомога** – сукупність заходів із психологічної підтримки та практичної допомоги особам відразу після травматичних подій із метою зменшення симптомів стресу, сприяння коротко- та довгостроковим стратегіям функціонування і подолання особами стресової ситуації, та **екстрена (кризова) психологічна допомога** – комплекс заходів, що здійснюються у разі гострої стресової реакції чи гострого переживання кризи з метою стабілізації психічного стану, відновлення попереднього рівня функціонування, попередження розладів адаптації. Тут ідеться про невідкладну психологічну допомогу, що може здійснюватися як екстрена і кризова, і на відміну від першої психологічної допомоги надається не відразу після травматичних подій, а пізніше – ветеранам, що повернулися додому.

У цьому розділі розглянуто питання організації в ситуації війни орієнтованих на раннє втручання заходів першої психологічної допомоги та невідкладної психологічної допомоги, а також спільне й відмінне в таких заходах.

У випадку екстремальної (чи надзвичайної) ситуації, здійснюючи заходи із психосоціальної підтримки, фахівці в різних країнах світу орієнтуються на «Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації» [3].

МПК – Міжвідомчий постійний комітет, створений Генеральною Асамблеєю ООН (функціонує як міжвідомча платформа для координування роботи ключових гуманітарних організацій: ООН, Товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та інших неурядових гуманітарних організацій).

«Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації» створено з метою [там же] допомоги гуманітарним організаціям і агентствам у плануванні, впровадженні й координуванні системи мінімального багатовекторного реагування,

спрямованого на захист і поліпшення психічного здоров'я та соціально-психологічного благополуччя населення в умовах надзвичайної ситуації.

**Мінімальне реагування** – найперші кроки, пріоритетні першочергові заходи, які за умов надзвичайної (екстремальної) ситуації потрібно реалізувати якомога швидше.

**Комплексне реагування** – заходи, спрямовані на збереження психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, що проводяться на етапі стабілізації та раннього відновлення після надзвичайної (екстремальної) ситуації чи в умовах такої ситуації. До комплексного втручання вдаються тільки після того, як більшість місцевого населення отримує визначену Керівництвом мінімальну допомогу на місцях.

У Керівництві представлено плани й рекомендації щодо того, як представники різних структур можуть захистити й покращити психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя постраждалих. Оскільки в однієї громади або організації немає можливості для впровадження всіх необхідних заходів у розпал надзвичайної ситуації, то Керівництво призначене не для окремих закладів або проєктів, а спрямоване на координування дій різних структур під час реалізації різних завдань.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) [2], **психічне здоров'я** – це стан благополуччя, за якого кожна людина може реалізувати власний потенціал, упоратися із життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти.

**Психосоціальна підтримка** [3] – будь-яка форма місцевої або зовнішньої підтримки, спрямована на захист або сприяння психосоціальному благополуччю і/чи запобігання або лікування психічних розладів.

**Психологічна допомога** – активність, спрямована на розширення психологічних можливостей іншої людини в її особистісному й соціальному функціонуванні. Психологічна допомога може надаватися на побутовому (психологічна підтримка) та на професійному рівнях.



Відмінність професійної психологічної допомоги від неформальної психологічної допомоги полягає в тому, що фахівці [1]:

- підготовлені для такої діяльності;
- орієнтуються на принципи надання психологічної допомоги, у своїй діяльності опираються на теорію;
- діють згідно з правилами, прийнятими у межах професійної спільноти; їхня діяльність санкціонується суспільством.

Будь-який професіонал, на відміну від аматора, працює згідно з прийнятими в соціумі правилами щодо тієї чи іншої діяльності. **Правила** – це норми поведінки, зафіксовані в законах, наказах, постановах як у загальнонаціональних, так і в межах певної корпорації чи професійної спільноти. У системі психологічної допомоги прийнято правила щодо реалізації тієї чи іншої форми допомоги (психодіагностики, психологічного консультування, психологічної просвіти, психотерапії тощо), існують вимоги стосовно того, хто і на якому рівні може надавати професійну психологічну допомогу, є правила допомоги дітям, родинам, етичні кодекси психологів тощо.

Передбачається, що психосоціальна підтримка та психологічна допомога організовуються за принципом рівності й визначаються особливістю ситуації та потребами постраждалого населення.

Надзвичайні ситуації по-різному впливають на різних людей. Ключем до організації роботи з постраждалими після психотравмівних ситуацій є розробка багаторівневих систем підтримки психічного здоров'я та надання психологічної допомоги, що відповідають потребам різних груп. Усі рівні важливі, і в ідеалі мають реалізовуватись одночасно.

Згідно з Керівництвом МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки [3], виділяють чотири рівні підтримки психічного здоров'я в умовах надзвичайних та екстремальних ситуацій (див. рис. 1.1).

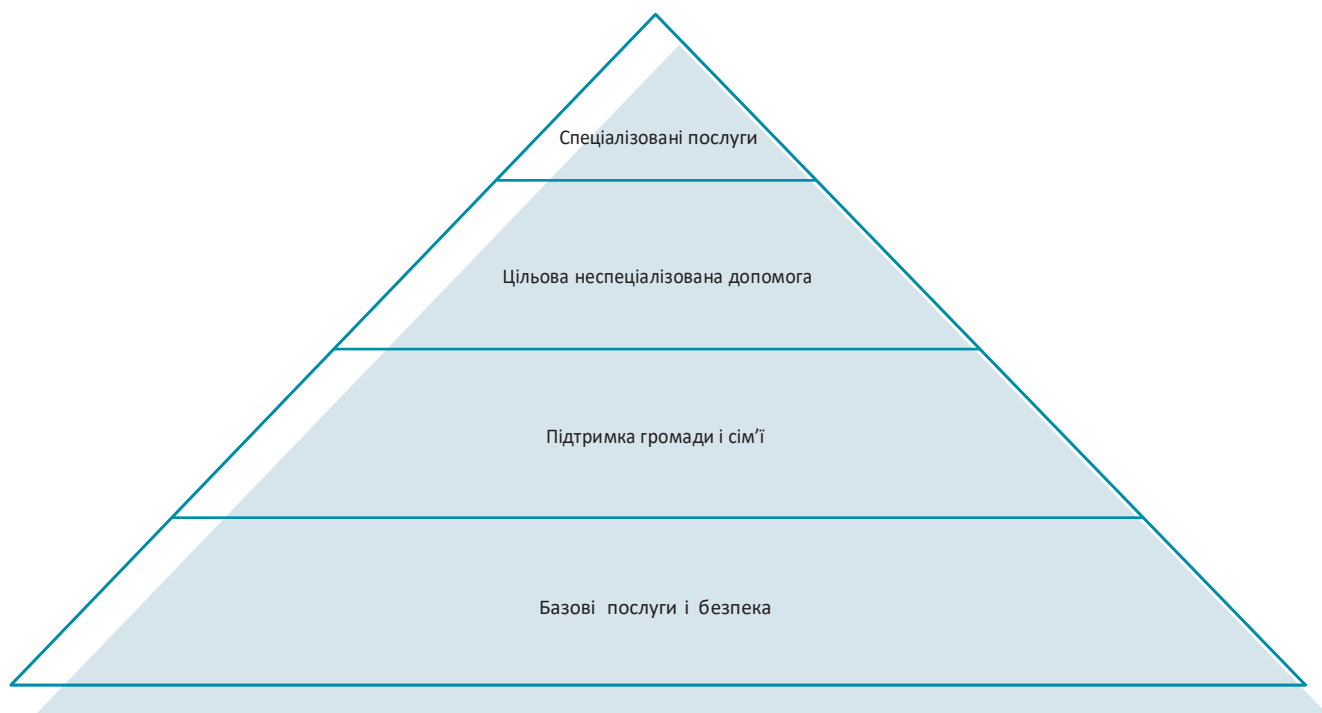


Рис. 1.1. Піраміда інтервенцій із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації

**1. Базові послуги і безпека.** Потреба в безпеці є однією з необхідних умов виживання людини. Тому треба допомогти людині відчувати себе захищеною. Для цього потрібно відновити безпеку й організувати надання послуг, що стосуються задоволення основних фізичних потреб (вода, їжа, житло, необхідний мінімум заходів для підтримки здоров'я, профілактика інфекційних захворювань) для всіх, хто цього потребує.

**2. Підтримка суспільства і сім'ї.** На цьому рівні допомоги в надзвичайній ситуації потребує менше людей (порівнюючи з першим рівнем). Багато хто може самостійно подбати про своє психічне здоров'я і психологічне благополуччя, якщо їх підтримуватиме громада й родина. Заходи на цьому рівні спрямовані на возз'єднання родин; підтримку в горюванні; організацію масових комунікацій щодо конструктивних методів самопомоги; реалізацію програм підтримки виховання, офіційних і неофіційних освітніх заходів; інформування

про можливості працевлаштування; активацію соціальних зв'язків, наприклад, через жіночі організації та молодіжні клуби.

**3. Цільова неспеціалізована підтримка.** Третій рівень передбачає необхідну підтримку для ще меншої кількості людей, яким додатково потрібна цілеспрямована індивідуальна, сімейна та групова допомога, яку надають навчені фахівці (працівники соціальних служб, ДСНС, представники силових структур), що працюють під наглядом супервізорів. Допомагають не обов'язково ті, хто багато років навчався цього. Це можуть бути й підготовлені волонтери. На цьому рівні першу психологічну та базову психіатричну допомогу надають і працівники первинної медико-санітарної допомоги.

**4. Спеціалізовані послуги.** Верхній рівень піраміди – додаткова підтримка, необхідна для людей, у яких залишаються труднощі в повсякденному функціонуванні, незважаючи на надану їм допомогу. На цьому рівні надається психологічна або психіатрична допомога людям із серйозними розладами психіки.

У цьому разі необхідно:

- а) організувати направлення до спеціалізованих служб, якщо такі є;
- б) ініціювати тривалу підготовку та супервізію тих, хто надає первинні чи загальні послуги охорони здоров'я.

Перед тим, як визначити, які перші кроки з підтримки психічного здоров'я необхідні в надзвичайних ситуаціях, потрібно здійснити аналіз ситуації, щоб з'ясувати найважливіші потреби, виокремити пріоритетні дії та конкретні заходи психосоціальної підтримки.

Згідно з пірамідою інтервенцій, на першому й на другому рівнях йдеться про організацію психосоціальної підтримки, а на третьому і четвертому – про організацію психологічної допомоги. На третьому рівні організовується навчання методів першої психологічної допомоги і супервізійний супровід, а на четвертому – надання спеціалізованих послуг.

Ідея піраміди використовується для того, щоб показати, що найбільше людей будуть потребувати задоволення базових потреб та потреби в безпеці; а

інших видів підтримки, зокрема спеціалізованих послуг, потребуватиме все менша кількість людей.

І невідкладна психологічна, і перша психологічна допомога разом із психосоціальною підтримкою надаються на всіх рівнях мінімального реагування, зокрема тоді, коли задовольняються потреби в безпеці чи відбувається робота із сім'єю. Більше того, перша психологічна допомога може надаватися і в спеціалізованих закладах (на четвертому рівні), якщо людина, що перебуває там, потребує такої допомоги.

Надання психологічної допомоги в екстремальних ситуаціях відбувається порівнево:

1. **Перша психологічна допомога** – підтримувальне втручання [4], яке надається завжди, коли людина потребує підтримки. Це психологічна допомога першого рівня, що надається зазвичай працівниками сфери психічного здоров'я, представниками ДСНС, силових структур або підготовленими волонтерами.

2. На кожному рівні [3] (це стосується всіх етапів – і мінімального, й комплексного реагування) постраждалі можуть потребувати **невідкладної психологічної допомоги**, яка надається у випадку гострої реакції на стрес чи гострого стресового розладу для зменшення симптомів стресу чи стабілізації стану. Це психологічна допомога другого рівня, що надається залежно від ситуації та стану постраждалого після, разом або замість першої психологічної допомоги. Невідкладну психологічну допомогу надають тільки підготовлені фахівці.

Якщо розлад психіки серйозний, стійкий і досягнути покращення стану за допомогою найпростіших технік невідкладного втручання не вдається, то застосовують складніші протоколи надання психологічної допомоги (наприклад, в EMDR можна перейти до «Класичного протоколу» чи протоколу «Роботи зі свіжими травмами»), які можуть доповнюватися психіатричними протоколами невідкладної допомоги.

Система мінімального реагування є відправною точкою для створення системи комплексної підтримки постраждалого населення. Наголошуючи на

важливості мінімального реагування, Керівництво МПК [там же] пропонує конкретні стратегії вирішення проблем психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, які необхідно втілювати ще до настання (готовність до надзвичайної ситуації) і після гострої фази надзвичайної ситуації (комплексне реагування).

### **Перша психологічна допомога та невідкладна психологічна допомога: спільне й відмінне**

Далі ми зупинимося на спільному й відмінному в першій психологічній та невідкладній психологічній допомозі.

Перша психологічна допомога надається відразу після травматичних подій на місці або поблизу місця події. Про це йдеться і в *проекті наказу «Про затвердження Порядку застосування методів психологічної і психотерапевтичної допомоги»* [5] розробленого і винесеного на громадське обговорення Міністерством охорони здоров'я України: «У зоні катастроф і терористичних актів працівники сфери екстреної медичної допомоги та психічного здоров'я, які першими прибувають на місце катастрофи, підготовлені військовослужбовці та працівники служб швидкого реагування на надзвичайні ситуації надають першу психологічну допомогу пацієнтам».

А невідкладна психологічна допомога (у «Порядку та умовах надання безоплатної психологічної допомоги...» [6] – це «кризова» допомога) надається підготовленим фахівцем у разі гострої стресової реакції чи гострого переживання кризи, після того як не вдалося стабілізувати стан за допомогою першої психологічної допомоги. Така допомога може надаватися і пізніше – через місяць або й через багато років після психотравмивної події. Перша психологічна допомога відрізняється від невідкладної, як допомога фахівців швидкої допомоги відрізняється від допомоги, що надається у невідкладному медичному відділенні.

Невідкладної допомоги люди можуть потребувати як у системі мінімального реагування (ті, хто нещодавно пережив травматичну ситуацію), так і в системі комплексного реагування – на кожному рівні надання психологічної допомоги. У «Порядку та умовах надання безоплатної

психологічної допомоги...» [6] виділяють такі рівні комплексної системи психологічної допомоги: перший – соціально-психологічна підтримка та супровід; другий – психологічна реабілітація; третій – комплексна медико-психологічна реабілітація.

Перша й невідкладна психологічна допомога – це особливі системи й основи дій психолога, які можна описати, спираючись на такі критерії: 1) ціль (що це?); 2) принципи; 3) хто надає; 4) кому надається; 5) де; 6) у якому випадку; 7) коли; 8) методи, що їх використовують фахівці.

Спираючись на задані критерії, вкажемо на відмінність між цими напрямками. У розділах 5 і 6 опишемо протоколи та технології насамперед невідкладної психологічної допомоги на основі EMDR, що застосовуються в умовах війни поряд із першою психологічною допомогою.

*Таблиця 1.1*

**Відмінність між першою і невідкладною психологічною допомогою**

	<b>Перша психологічна допомога [2; 4]</b>	<b>Невідкладна психологічна допомога</b>
<b>Що?</b>	Підтримувальне втручання; сукупність заходів психологічної підтримки та практичної допомоги	Психологічне втручання з використанням спеціальних технологій, зокрема травмафокусованих
<b>Ціль</b>	Зменшення первинного дистресу, спричиненого травматичними подіями	Зменшення реакції на стрес, сприяння стабілізації стану. Кризова допомога спрямована на вирішення проблеми
<b>Хто надає?</b>	Працівники сфери психічного здоров'я, представники ДСНС, силових структур або підготовлені волонтери	Підготовлені фахівці
<b>Кому?</b>	Постраждалим в екстремальних чи надзвичайних ситуаціях,	У разі гострої стресової реакції чи гострого переживання з метою стабілізації психічного

	людям, що страждають або відчують потребу в чомусь	стану, відновлення попереднього рівня функціонування, запобігання розладам адаптації
<b>Де?</b>	На місці або в безпосередній близькості до місця події	У медичному закладі, кабінеті психолога або в будь-якому обладнаному місці для надання допомоги
<b>Коли?</b>	Якомога швидше після того, як з'явилася така потреба	Якомога швидше після того, як з'явилися симптоми розладу

І першу психологічну, і невідкладну психологічну допомогу потрібно надавати якомога раніше. Діяти потрібно зразу ж, відповідно до конкретної ситуації. Якщо у разі гострої реакції на стрес людині вчасно надати належну підтримку та психологічну допомогу, то, за свідченням зарубіжних фахівців, більшість потерпілих успішно адаптуються до пережитого й не страждатимуть (або страждатимуть менше) від ПТСР та супутніх розладів: залежностей від психоактивних речовин, депресії, тривожних та поведінкових розладів тощо. Що більше часу людина перебуватиме в гострому стані, то більша ймовірність розвитку хронічних розладів.

І перша психологічна допомога, і невідкладна психологічна допомога – орієнтовані на раннє втручання напрямки практичної психології. В умовах війни перша психологічна допомога – це раннє втручання першого рівня, а невідкладна психологічна допомога – втручання другого рівня, проте є методи невідкладної допомоги із застосуванням психотерапевтичних технологій, адаптованих до роботи в безпосередній близькості до місця психотравмивної події, які можуть застосовуватися і на першому рівні.

### Література

1. Введение в психотерапию / под ред. С. Блоха. Амстердам-Киев : Сфера, 1997. 280 с.
2. Всемирная организация здравоохранения. Первая психологическая помощь: руководство для работников на местах. 2014. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44615/45/9789244548202\\_rus.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44615/45/9789244548202_rus.pdf)

3. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. Київ : Пульсари, 2017. 216 с.

4. Перша психологічна допомога. Керівництво щодо роботи. Львів : Друкарські куншти, 2015.

5. Порядок застосування методів психологічної і психотерапевтичної допомоги. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2019/6%28107%29/pages-5-6/poryadok-zastosuvannya-metodiv-psihologichnoyi-i-psihoterapevtichnoyi-dopomogi>

6. Порядок та умови надання безоплатної психологічної допомоги особам, які звільняються або звільнені з військової служби, з числа ветеранів війни, осіб, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною, членам сімей таких осіб та членам сімей загиблих (померлих) ветеранів війни і членам сімей загиблих (померлих) Захисників та Захисниць України відповідно до Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2022-%D0%BF?fbclid=IwAR1Jd28KI1bCiorW5bf9xEjeFEdki-SqDkEE2b32rY8bY9v3wyBBTniKhig#Text>



## Розділ 2

# НЕВІДКЛАДНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА У СВІТЛІ ТЕОРІЇ СТІВЕНА ПОРДЖЕСА

### Полівагальна теорія Стівена Порджеса

Сьогодні дослідники стресу, ведучі вебінарів, на яких розглядаються технології й техніки невідкладної психологічної допомоги, методи саморегуляції, питання допомоги представникам силових структур тощо здебільшого опираються на полівагальну теорію Стівена Порджеса. Завдяки цій теорії стає зрозуміло, що відбувається з людиною в екстремальних чи надзвичайних ситуаціях; як оточення впливає на психічне здоров'я і благополуччя.

Ганс Сельє, створюючи теорію стресу, був переконаний, що вегетативна нервова система розділена на дві гілки: симпатичну, яка активується в небезпечних умовах (мобілізація), та парасимпатичну, що проявляється в реакції розслаблення (імобілізація). Парасимпатична нервова система асоціювалася з роботою блукаючого нерва (*лат. nervus vagus* – десята пара черепних нервів, парний нерв, що йде від мозку до черевної порожнини; інервує органи голови, шиї, грудної і черевної порожнини). Оскільки тоді не знали, що блукаючий нерв має дві гілки, дослідникам стресу довгий час було незрозуміло, чому в ситуації небезпеки замість мобілізації організм може реагувати завмиранням.

Уявлення про стрес докорінно змінилися, коли Стівен Порджес (США), провідний спеціаліст у галузі психофізіології та розвитку й поведінкової неврології, виявив, що в блукаючого нерва є два відгалуження, тобто парасимпатична система складається з двох гілок [1; 2; 4]. Перша – **дорсально-вагальна** – найстаріша частина автономної нервової системи, яку в популярній літературі інколи (в поєднанні зі стовбуром мозку) називають рептильною системою. У випадку загрози для життя вона проявляється через реакцію виживання – **імобілізацію**: завмирання, відключення (дисоціацію), колапс,

ступор, втрату свідомості, шоківий стан. Еволюційно нова частина блукаючого нерва, *вентрально-вагальна гілка (система емоційного і соціального зв'язку)*, активується лише в ситуації безпеки. А безпека можлива тільки тоді, коли є зв'язок з іншими (з членами родини, побратимами або з близькою люблячою людиною, якщо навіть у цей момент її поруч немає – можливо, ця людина навіть пішла із життя); зі світом (із духовним світом також, що в нашій культурі усвідомлюється як зв'язок із Богом, ангелом-охоронцем). Разом із *симпатичною нервовою системою*, що відповідає за мобілізацію і проявляється реакціями виживання («борися або втікай»), ці три комплекси регулюють роботу нашого тіла, внутрішніх органів, допомагають підтримувати гомеостаз (динамічний баланс).

Полівагальна теорія описує, як працює вегетативна нервова система – як сприймає інформацію, як регулює роботу внутрішніх органів, реагує на ситуацію, а також пояснює зв'язок нервової системи з емоційним станом і поведінкою.

### **Основні принципи полівагальної теорії [1; 2; 4]**

**Нейроцепція.** Надаючи невідкладну допомогу, потрібно орієнтуватися на три основні принципи полівагальної теорії: нейроцепція, вегетативна ієрархія, корегуляція.

Терміном «нейроцепція» С. Порджес описує процес функціонування внутрішньої системи спостереження (нервові комплекси), яка постійно, починаючи з перших тижнів після зачаття, сканує – на предмет безпеки чи небезпеки – власне тіло, зовнішнє середовище, взаємини між людьми (соціальне середовище). Дитина, що перебуває в утробі матері, з'ясовує чи безпечне середовище, «оцінюючи» стан матері. Тому в різних культурах до вагітної жінки було особливе турботливе ставлення.

На відміну від сприйняття, яке зв'язане з «мислячими» частинами мозку, нейроцепція – «визначення без усвідомлення». Це неусвідомлюваний процес, завдяки якому організм відчуває *безпеку, небезпеку і загрозу для життя*. Вегетативна нервова система і мозок функціонують відповідно до цих

відчуттів: змінюється стан організму (зокрема гормональний), змінюються реакції, поведінка, емоційний фон і осмислення реальності.

Нейроцепція – необхідний для виживання механізм, що функціонує не тільки в людей, а і в інших живих істот, проте інколи цей механізм працює неправильно. Тоді людина може сприймати безпечну ситуацію як загрозливу і навпаки – небезпеку ідентифікувати як безпеку. Наприклад, погляд, інтонацію, невербальні прояви чи якісь слова сприймаються як небезпечні чи загрозливі для життя.

***Надаючи першу чи невідкладну психологічну допомогу, потрібно:***

- визначити рівень реальної небезпеки (для цього необхідно, щоб домінував раціональний, а не емоційний мозок), і якщо загрози немає, «перебудувати» [2] функціонування власної вегетативної системи. Для цього необхідно, щоб приховані відчуття стали явними, і нейроцепція дійшла до рівня сприйняття (якщо потрібно, застосувати методи саморегуляції), а потім через призму аналізу, усвідомити особливості ситуації;

- якщо небезпека залишилася, і поруч є постраждала людина (залежно від ситуації необхідно допомогти постраждалому зменшити ризик, наприклад, знайти безпечне місце, а якщо є загроза для життя, викликати швидку допомогу, надати домедичну допомогу або відшукати того, хто це може зробити);

- якщо людина фізично травмована, і викликали швидку допомогу, то необхідно подбати про зовнішню безпеку постраждалого, і якщо є така можливість, бути поруч – надавати психологічну підтримку (інформувати, що відбувається: *Швидку допомогу викликали. Я буду тут, поки вона приїде*); оберегати від зайвих комунікацій, наприклад, від перехожих; запропонувати серветку чи воду;

- якщо ситуація відносно безпечна, і немає загрози для життя чи соматичного здоров'я, то насамперед необхідно допомогти людині відчути себе в безпеці (*Все скінчилося. Куди вам потрібно йти? Давайте, я вам допоможу тощо*). Адже лише за умови відчуття безпеки «включається» вентральна-вагальна гілка парасимпатичної системи. Це супроводжується відчуттям зв'язку

з собою, з іншими; стає можливою стабілізація стану й адекватне опрацювання інформації та відновлення.

**Корегуляція** лежить в основі вегетативної регуляції. Вегетативна нервова система формується і регулюється під час взаємодії з іншими людьми (корегуляції). У процесі індивідуального розвитку корегуляція виникає раніше ніж саморегуляція, і навіть після формування навичок саморегуляції потреба в корегуляції залишається в людини впродовж життя.

Кожна вегетативна нервова система посиляє сигнали безпеки або загрози і шукає такі сигнали в інших. Залежно від того, як ідентифікуються отримані сигнали – як безпечні, небезпечні чи загрозові для життя, змінюється стан і поведінка.

***Надаючи психологічну допомогу, потрібно пам'ятати:***

- людина з гострою стресовою реакцією не може конструктивно взаємодіяти з іншими, особливо, якщо в неї немає раннього досвіду спілкування з безпечною людиною у безпечному місці. Відповідальність за налагодження комунікації лежить на тому, хто надає допомогу;

- важливо розуміти свій власний стан і те, як його ідентифікують інші. Стан того, хто надає першу чи невідкладну психологічну допомогу, має вирішальне значення в тому, чи вдасться стабілізувати стан постраждалого. Якщо ви відчуваєте страх, огиду, роздратування, то не зможете психологічно підтримати іншого. Вегетативна система потерпілого отримуватиме від вас сигнали небезпеки, тож реакції виживання (мобілізація чи завмирання) у потерпілого будуть закріплюватися і посилюватися. У такому разі краще покликати когось на допомогу;

- якщо до постраждалого від вас приходять сигнали безпеки, то включається процес корегуляції, встановлюється зв'язок і формується спільне відчуття безпеки. «Якщо поруч надійна людина, нас захоплює ритм взаємності, створюється відчуття безпеки і зв'язку» [2, с. 31];

- здатність до саморегуляції базується на постійному досвіді корегуляції. Тож надаючи психологічну допомогу, психологічну підтримку, потрібно

постійно бути готовими до взаємодії (корегуляції) і пропонувати постраждалому таку взаємодію. Той, хто надає допомогу, має бути «поруч»; підтримувати контакт (і вербально, й невербально), регулювати свою поведінку залежно від того, як змінюватиметься ситуація.

**Вегетативна ієрархія** [1; 2; 5]. Є три основні способи функціонування вегетативної нервової системи і два гібридні.

1. У ситуації безпеки в людини домінує найновіша вентральна гілка блукаючого нерва, система соціального й емоційного зв'язку, спрацьовує **реакція «потоваришуй і поспівчуй»**. Це оптимальний, адекватний ситуації, режим збудження і розслаблення. Всі три частини вегетативної нервової системи працюють злагоджено, активується система творчого пристосування, досягається відчуття гомеостазу (динамічної рівноваги). Увага спрямована на комунікацію і взаємодію, на пошук рішень. Людина може говорити і слухати, плавно входити і виходити зі зв'язку, творчо пристосовуватися до зміни ситуації.

За таких умов організм добре функціонує: артеріальний тиск регульований, імунна система працює повноцінно. У такому стані менше хворіють, швидше видужують після поранень і травм; мають хороше травлення, якісний сон, повноцінний відпочинок.

Це стан психічного здоров'я, благополуччя, організованості, здатності турбуватися про себе; займатися тим, що подобається; працювати разом з іншими, відчувати продуктивність і можливість керувати своїм життям. Себе ми відчуваємо щасливими, активними, зацікавленими, а світ – безпечним, радісним і мирним, таким, що «простягає руку допомоги в потрібний час» і пропонує можливості.

Якщо домінує система соціального залучення, то можливі два **гібридні стани функціонування вегетативної нервової системи**, які активуються за умови одночасної роботи двох (із трьох) гілок вегетативної системи: «мобілізація без страху» (поєднуються система соціального залучення і симпатична система) і

«нерухомість без страху» (поєднуються система соціального залучення і дорсальна гілка блукаючого нерва).

1 а. **«Мобілізація без страху»**. Активація симпатичного стовбура допомагає мобілізуватися для дії, а завдяки домінуванню системи соціального залучення підтримується дружня атмосфера, взаємна підтримка. Таке функціонування буває в ситуації спортивних змагань, ігор, тренувань, має домінувати в підрозділах силових структур тощо.

1 б. **«Нерухомість без страху»** також гібридний стан, коли активуються зразу і вентральна, й дорсальна гілки вегетативної нервової системи. Такий стан характеризується спокоєм, довірою: це дає змогу відновлюватися після пережитого, приймати турботу у випадку хвороби, обіймати тих, кого ми любимо.

2. Система спостереження (мигдалевидна залоза) запускає реакції виживання: мобілізацію симпатичної нервової системи у ситуації зовнішньої небезпеки та іммобілізацію у випадку загрози для життя (активація дорально-вагальної гілки парасимпатичної нервової системи). Система соціального залучення, вентрально-вагальний комплекс, на цей час «відключається». Ці два стани – мобілізація (активація симпатичної системи) та іммобілізація (активація дорсальної гілки блукаючого нерва), якщо система соціального й емоційного контакту не працює, називаються **адаптивними реакціями виживання**.

Якщо нейроцепція «підказує», що ситуація небезпечна і домінування переходить від вентральної гілки блукаючого нерва до симпатичної нервової системи, то включаються **реакції виживання «борися або втікай»**. Якийсь час, у ситуації реальної небезпеки, вони можуть бути корисними для виживання.

Проблема полягає в тому, що коли небезпека минає, не завжди легко заспокоїтися, перейти до адекватного ситуації режиму функціонування, часто режим мобілізації (реакція виживання) не відключаються в безпечній ситуації. Тривога і страх змушують діяти. Людина переконана, що світ небезпечний, непередбачуваний і ворожий, тому постійно насторожена, завжди готова оборонятися і нападати; часто відчуває тривогу, роздратування, гнів, паніку.

У такому стані серцебиття прискорюється, дихання стає уривчастим і поверхневим. Якщо цей стан домінує у повсякденному житті, піднімається артеріальний тиск, м'язи постійно напружені, порушується сон, з'являються проблеми з травленням, погіршується імунітет.

3. У випадку смертельної небезпеки, загрози для життя – домінує нижня гілка парасимпатичної нервової системи (дорсальна частина блукаючого нерва). Включається **реакція «замри»**, стан іммобілізації – у хронічній ситуації низької інтенсивності це необхідно для того, щоб витратити мінімум енергії і довше жити (наприклад, під завалами); а в гострій ситуації високої інтенсивності – щоб здаватися для ворогів мертвим (а мертвий не цікавий) і «знеболити організм», аби зменшити страждання у випадку травмування чи смерті.

Якщо такий стан залишається і в безпечній чи відносно безпечній ситуації, людина «відключається» від зовнішнього світу і від себе (не розуміє своїх потреб, реального фізичного стану, не ідентифікує емоцій), відчуває себе безпомічною, самотньою, неспроможною щось змінити. Такий стан може супроводжуватися хронічною втомою, порушенням травлення, низьким артеріальним тиском, діабетом другого типу, збільшенням ваги, погіршенням імунітету, є високий ризик онкологічних захворювань.

***Надаючи невідкладну допомогу, потрібно пам'ятати:***

- у ситуації війни для збереження психічного здоров'я необхідно навчитися підтримувати тих, хто цього потребує й самому отримувати підтримку в разі потреби. Для цього важливо вміти ідентифікувати власний стан вегетативної нервової системи і стан функціонування вегетативної системи інших;

- способи, якими можна допомогти собі в тому чи іншому стані, і як мені можуть допомогти інші (*див. Табл. 2.1*);

- перехід зі стану «завмирання», іммобілізації (з дорсального комплексу до вентрального стану (соціального залучення) відбувається через активацію симпатичної системи (стан збудження) (*див. Табл. 2.1*). Людина зі стану ступору може миттєво перейти в стан гіперактивації і вчинити шкоду собі чи іншим. Різкий голос, активні дії можуть бути сприйняті як небезпечні. Якщо людина,

що перебуває в стані ступору, озброєна, то зброю треба забрати, і робити це не самому, а разом з іншими (побратимами).

Таблиця 2.1

**Стани вегетативної нервової системи [1, с. 99]**

<b>Стан вегетативної нервової системи</b>	<b>Що я можу робити самостійно</b>	<b>Що я можу робити разом із іншими</b>
Вентрально-вагальний стан	Що допомагає мені залишатися тут?	Що допомагає мені залишатися тут?
Відчуття безпеки		
Соціальний зв'язок		
Симпатичне збудження	Що виводить мене звідси?	Що виводить мене звідси?
Мобілізація		
Реакція виживання «борися або втікай»		
Дорсально-вагальний стан	Що виводить мене звідси?	Що виводить мене звідси?
Імобілізація		
Завмирання, колапс		

Полівагальна теорія разом із *теорією триєдиного мозку* допомогла дослідникам зрозуміти вплив різних технологій на людей, що пережили травму. У 1990 році Пол Маклін запропонував структуру мозку, розділену на три пов'язані між собою системи мозку, відомі як «три мозки» – рептильний мозок (палеокортекс), лімбічний або емоційний мозок (архікортекс) та раціональний мозок або неокортекс. Опираючись на ці теорії, психологи навчилися [3] поєднувати методи впливу «зверху-донизу» – спрямовані на активацію системи соціальної взаємодії та повернення до стану безпеки; і «знизу-доверху», для звільнення від напруження в тілі, збудження чи стану «замороження». Була усвідомлена цінність багатовікових немедикаментозних підходів до здоров'я, що практикуються за межами західної медицини [там же], починаючи від дихальних вправ (пранаяма), співу мантр, молитв і закінчуючи бойовими мистецтвами, як-от гімнастика цигун, гра на барабанах, хорівий спів і танці.



## Література

1. Дана Д. Поливагальная теория в психотерапии. Київ : Мультиметод, 2021. 328 с.
2. Дана Д. Поливагальные упражнения для развития связи и ощущения безопасности. 50 пациент-ориентированных методик. Київ : Мультиметод, 2022. 352 с.
3. Колк Б. Тело помнит все: какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть. Київ : Форс-Україна, 2020. 464 с.
4. Порджес С. Поливагальная теория. Нейрофизиологические основы эмоций, привязанности, общения и саморегуляции. Київ : Мультиметод, 2020. 464 с.
5. Accessing the Healing Power of the Vagus Nerve: Self-Help Exercises for Anxiety, Depression, Trauma, and Autism by Stanley Rosenberg

## Розділ 3

### ГОСТРІ СТРЕСОВІ РЕАКЦІЇ І ГОСТРІ СТРЕСОВІ ПРОЯВИ

У цьому розділі ми розглянемо, як можуть проявлятися інтенсивні гострі стресові реакції під час психотравмівної події чи безпосередньо після неї (часто це буває в надзвичайній чи екстремальній стресовій ситуації), а також гострі стресові прояви у повсякденному житті.

**Стрес** – це сукупність реакцій організму, спрямованих на адаптацію до мінливих чинників навколишнього середовища (стресорів).

**Стресові чинники** (стресори) [6], характерні для екстремальної чи надзвичайної ситуації:

- підвищений рівень потенційної загрози для життя;
- тривале виконання напруженої діяльності;
- тривале пригнічення основних біологічних і соціальних потреб;
- різкі й несподівані зміни умов життєдіяльності і професійної діяльності зокрема;
- важкі екологічні умови;
- відсутність контактів із близькими;
- проблеми в родині;
- неможливість змінити умови свого існування;
- інтенсивні й тривалі міжособистісні конфлікти;
- підвищена відповідальність за свої дії тощо.

У відповідь на різку зміну в середовищі (бій, ракетні обстріли тощо) мозок, нервова система і весь організм миттєво змінюють своє функціонування, що проявляється зміною фізіологічних і емоційних станів, когнітивних та поведінкових проявів, зокрема у вигляді адаптивних реакцій виживання.

#### Стадії сприятливого переживання травмівної ситуації [5]

1. Перша стадія – **орієнтування**. У небезпечній для життя ситуації організм дуже швидко перебудовується, щоб забезпечити виживання. На якусь

мить людина завмирає, щоб зорієнтуватися. Організм перебудовується: активізується його найдавніша стовбурова частина та найдавніша дорсальна гілка блукаючого нерва. Виділяються знеболювальні речовини, що притуплює, а іноді й зовсім відключає чутливість тіла. Така реакція зменшує страждання, зберігає від больового шоку в разі травмування. *(Військовослужбовці розповідали, як упродовж кількох годин після поранення вони продовжували (без знеболювальних!) оборонятися, не відчуючи болю.)*

Біологічний смисл стадії орієнтування полягає в максимальній мобілізації адаптаційних ресурсів організму, миттєвому переході в стан готовності до боротьби, втечі або до завмирання.

**2. Включення адаптивних реакцій виживання.** Якщо включається реакція «замри», іммобілізація – дорсально-вагальний стан (*наприклад, не можна рухатися, бо «помітять» дрони*), то після того, як небезпека минула, потрібний невеликий імпульс, щоб почався вихід зі стану знерухомилення – вгору ієрархічними сходинками вегетативної нервової системи – через симпатичну активацію до вентрально-вагального стану безпеки.

Якщо необхідно боротися або втікати – активуються лімбічна частина мозку, що відповідає за емоції, симпатична нервова система, а також включаються гормональні механізми. Окрім знеболювальних речовин виділяються й гормони, необхідні для інтенсивного реагування на ситуацію – адреналін, норадреналін, кортизол. Серце починає битися швидше; кров від внутрішніх органів спрямовується до м'язів тулуба, рук і ніг; печінка виробляє більше цукру, щоб забезпечити м'язи енергією. Такі зміни необхідні, якщо стресори дуже сильні, чи зрозуміло, що безпечного середовища не буде довгий час і необхідно готуватися до тривалої боротьби за життя.

Упродовж певного часу, від 3 до 8 годин (інколи це може тривати кілька днів), людина без сну, їжі й води може витримувати суттєві навантаження, яких не змогла б витримати в стані звичайного функціонування. Максимально стан мобілізації може тривати близько шести діб.

*(Офіцер, що зазнав контузії під Іловайськом, так зосередився на тому, щоб вивести підлеглих із небезпечної зони, що блювота (одна з ознак контузії) у нього почалася лише на шосту добу – тільки тоді, коли він повернувся в частину.)*

3. **Звільнення від напруження.** Коли небезпека минає, організм повертається в стан норми. Цьому передують своєрідне розвантаження, що характеризується неконтрольованим тремтінням тіла, яке може тривати кілька годин. Через тремтіння організм звільняється від напруження. Тремтіння починається зненацька (зразу ж після стресової події або через певний час), тремтить усе тіло чи окремі його частини. Цю реакцію зупинити не можна, оскільки, якщо розрядки не відбудеться, у тілі залишаться м'язові затиски, внаслідок чого людина страждатиме від болю у м'язах, можуть початися психосоматичні розлади, проблеми з шлунково-кишковим трактом, артеріальна гіпертензія тощо. *(Трепінням після загрозової для життя події знімають напруження і ссавці. Антілопи після того, як когось зі стада вполювали леви, і небезпечна ситуація скінчилася, збираються в табун і починають тремтіти. Таке може тривати годину чи й більше. Так вони звільняються від м'язових затисків, продуктів напіврозпаду адреналіну і переходять до стану безпеки, у якому можуть шукати поживу чи відпочивати.)*

4. Четверта стадія – **втома, виснаження**, що може тривати від 15 до 30 днів і залежить від інтенсивності й тривалості психотравмівної ситуації та особливостей людини. У цей період важко щось робити, відчувається пригнічення, безсилля, бажання плакати.

5. **Стабілізація стану.** Якщо людина не залишається наодинці з пережитим, а отримує допомогу й підтримку близьких – настає полегшення, починається вихід із травмівної ситуації, повернення до звичайного життя. Водночас відбувається впорядкування і переосмислення пережитого: людина розповідає про те, що сталося, інтерпретує подію і, якщо необхідно, то змінює щось у способі життя, перебудовує стосунки, інтегрує отриманий досвід.

б. **Відновлення.** Результатом пережитого стає відновлення й адаптованість до нової ситуації. Може спостерігатися і *посткризове зростання*, формується така особистісна якість, як *психологічна пружність*: здатність швидко відновлювати фізичне та психічне здоров'я після стресових і травмівних подій.

### **Гострі стресові реакції: прояви на місці психотравмівних подій**

Гостра реакція на стрес – це надмірний прояв інтенсивних адаптивних реакцій виживання, що тривають і після того, як ситуація вже змінилася в кращу сторону, але в людини немає ресурсів, щоб стабілізувати стан і повернутися до функціонування адекватного ситуації і стану відповідного стадії сприятливого переживання травмівної ситуації.

Згідно з «Дослідницькими діагностичними критеріями» МКХ-10 (ВООЗ, 1992), *гостра реакція на стрес* (F43.0) [8] – тимчасовий розлад, який розвивається без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес і частіше стихає через кілька годин або днів.

Гостра реакція на стрес зазвичай проявляється через декілька хвилин після впливу стресових стимулів чи травмівної події. Найчастіше таке буває після загрозливої для життя події в надзвичайній/екстремальній ситуації або в мирний час (наприклад, після аварії, домашнього насилля тощо).

Прояви гострих стресових реакцій діаметрально відрізняються між собою: від знерухомлення до рухового збудження, від мовчання до компульсивного швидкого мовлення. Це відбувається тому, що активуються різні частини вегетативної нервової системи. У разі шоку і психогенного ступору в потерпілого гіперактивована дорсальна частина блукаючого нерва (парасимпатичної нервової системи) та стовбурова частина мозку, рептильний мозок (реакція «замирання», стан імобілізації), а у випадку рухового збудження і реактивного психозу – гіперактивована симпатична нервова система і лімбічний (емоційний) мозок. Вентральна частина блукаючого нерва (система соціального й емоційного контакту) і префронтальна кора (раціональний мозок) у відповідь на загрозу відключаються.

Тип реакції може бути зумовлений особливістю ситуації. У гіперекстремальній ситуації кожна людина реагуватиме так, як необхідно для виживання: або завмиранням (наприклад, під завалами), або мобілізацією всіх сил в ситуації активних дій. Проте тип реагування залежить і від фізичного та психологічного стану людини, рівня підготовки до екстремальної ситуації.

### **Типи гострих реакцій на стрес**

У разі несприятливого переживання події гостра реакція на стрес проявляється у вигляді типової змішаної мінливої картини, якій притаманні первинний стан приголомшення з певним звуженням свідомості й уваги, неможливість адекватно оцінювати подразники, дезорієнтація.

Під час травмівної події або одразу після неї в людини може бути гіперактивація дорсальної частини блукаючого нерва (імобілізація) або симпатичної нервової системи (мобілізація), що проявляються у вигляді шоку або рухового збудження.

**Шок** проявляється уповільненням психічної і моторної активності [7]. Поряд із цим шоківий стан характеризується відчуттям відчуження, розладами дереалізації (навколишні предмети сприймаються як неприродні, інколи – як нереальні, «неживі»); зміною сприйняття звуків (голоси людей стають інакшими), з'являється й відчуття зміни відстані між навколишніми предметами. Інколи, в особливо важких випадках, людина бачить навколишнє ніби збоку чи згори. Про такий стан колись говорили: «душа покинула тіло».

Частіше гостра стресова реакція на травмівну подію проявляється як **психомоторне збудження** [там же], що характеризується зайвими, швидкими, інколи безцільними рухами. Увага звужується, довільна цілеспрямована діяльність стає проблематичною. Людині важко сконцентруватися, відтворити інформацію, особливо стосовно травмівної події, що зв'язано з порушенням короткочасної пам'яті. Темп мовлення прискорюється, воно стає монологічним. Часто повторюються однакові фрази, судження поверхневі. У такому стані важко залишатися в одному положенні: потерпілі то лежать, то встають, то безцільно рухаються. Спостерігаються вегетативні порушення (прискорене

серцебиття, підвищений артеріальний тиск), почервоніння обличчя, надмірне потовиділення, може з'являтися почуття спраги чи голоду. Інколи може спостерігатися *агресивна* або *істерична поведінка* (наприклад, сміх).

Описані вище реакції – нормальний спосіб реагування на важку ситуацію. Проте інколи після пережитої травмивної події можуть спостерігатися і патологічні реакції. За наявності патологічних варіантів шокової реакції у людини може розвинутися *«психогенний ступор»* [3; 7], коли енергії на виживання втрачено так багато, що сили на контакт із навколишнім світом немає. Людина може бути повністю знерухомлена або уповільнено реагувати на зовнішні стимули. Дихати безшумно, поверхнево.

Психопатологічною реакцією на травмивну подію може бути і *«реактивний психоз»* [там же], що характеризується спотвореним сприйняттям, різким психомоторним збудженням, дезорганізацією поведінки (різкі рухи, часто безцільні, безглузді дії, неадекватні й небезпечні для життя вчинки); ненормально голосним мовленням або підвищеною мовленнєвою активністю (мовлення без зупинки, іноді безглузде). У потерпілих часто відсутня реакція на оточення (на зауваження, прохання, накази), можуть спостерігатися маячня й галюцинації.

Зазначимо, що вище описані гострі стани високої інтенсивності, які можуть трапитися в зоні надзвичайної ситуації (після пожежі, руйнувань будинків) чи в зоні бойових дій. У цьому разі надається екстрена психологічна або перша психологічна допомога підготовленими фахівцями сфери психічного здоров'я.

### **Гострі стресові прояви та емоційний дистрес**

Як уже зазначалося, гостра реакція на стрес після психотравмивної події триває кілька годин, максимум два дні. Якщо ж гострі реакції стійкі, тоді (згідно з МКХ-10) говорять про:

- бойову психічну травму;
- гострий стресовий розлад;
- гостру кризову реакцію;

- кризовий стан;
- психічний шок.

До цього треба додати й активізацію ранніх травм розвитку (*Розділ 4*) та наслідки кумулятивного (накопичувального) стресу в результаті переживання важких і психотравмівних ситуацій, якщо немає можливості їх опрацювати. Коли ці фактори поєднуються, стрес накопичується і дестабілізує стан.

Стійкі гострі стресові реакції ми називатимемо **гострими стресовими проявами** та **емоційним дистресом** (патологічний різновид стрес-синдрому, який негативно впливає на організм, психічну діяльність і поведінку людини аж до повної їхньої дезорганізації).

**Бойова психічна травма.** У комбатантів гостру реакцію на стрес описують як бойову оперативну стресову реакцію (*combat and operational stress reaction*). Це нормальна реакція в екстремальній ситуації. Якщо гострі стресові реакції спостерігаються протягом тривалого часу після травмівної події чи після травмівних подій, то стан комбатантів та ветеранів описують як бойову психічну травму. У цьому разі [4] важливу роль відіграє здатність військових та їхнього найближчого оточення (насамперед командирів, лікарів, психологів) адекватно оцінювати стан людини, виявляти симптоми розвитку стресу. Будь-яка поведінка, що тривалий час відрізняється від звичної поведінки, може бути ранньою ознакою і симптомом бойової психічної травми стресу. Оцінюючи стан комбатантів і ветеранів, потрібно враховувати, що ознаки стресових проявів у них частково збігаються з ознаками черепно-мозкової травми (*див. Додаток 1*), наявність якої додає суттєве стресове навантаження.

**Гострий стресовий розлад, ПТСР.** Гостра стресова реакція після сильного стресу нормальне явище, оскільки виконує роль психічного захисту. Щоб вижити в небезпечній ситуації, організм приводить у дію певні механізми (зокрема, активує певні частини мозку, змінює функціонування вегетативної нервової системи), які інколи не повертаються до «нормального» стану після того, як загроза минула. Гострі стресові прояви в цих людей будуть з'являтися і



через кілька днів, і через кілька місяців чи років. Тоді говорять про ГСР (гострий стресовий розлад) чи ПТСР (посттравматичний стресовий розлад).

Американська психотерапевтка Джудіт Герман [1] понад двадцять років здійснювала дослідницьку та психотерапевтичну роботу з жертвами насилля. Вона вважає, що реакції на психотравмівні події потрібно трактувати не як окремі розлади, а як прояви спектру станів, що коливаються від *гострої реакції на стрес* (до 48-ми годин після початку події), яка може минути сама собою і не досягти рівня діагнозу, а може перейти в *гострий стресовий розлад* (до 1-го місяця після травмівної події) та *посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)* (більше місяця після травмівної події).

В *Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги у випадку гострої реакції на важкий стрес, розлади адаптації та ПТСР* [8] також зазначено, що гострий стресовий розлад (ГСР) та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) мають однакові базові симптоми, а саме:

- *повторне переживання* – нав'язливі тривожні спогади про травмівну подію; кошмари; інтенсивні психологічні страждання або соматичні реакції, як-от пітливість, прискорене серцебиття та паніка через нагадування про травмівну подію;

- *уникнення й емоційне заціпеніння* – уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних із подією; обмежені емоції; втрата інтересу до звичайної діяльності; відчуття відстороненості від інших;

- *надмірне збудження* – безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість, надмірний старт-рефлекс.

Крім того, ГСР включає в себе дисоціативні симптоми, як-от відчуження, емоційна глухість, дереалізація, деперсоналізація і дисоціативна амнезія.

Основна відмінність між ГСР (308.3) і ПТСР (309.81) в DSM-V – це тривалість часового проміжку, що минув з моменту травматичної події. ГСР діагностується в період від двох днів до одного місяця після травматичного інциденту, а ПТСР діагностується не раніше, ніж через місяць.

У ситуації війни багато людей перебуває в стані хронічного стресу, що може призвести до виснаження. Це зумовлюється як зовнішніми чинниками, так і власне станом самої людини: хронічні болі, захворювання, посттравматичні стресові розлади є джерелом постійного стресу. У такому стані гострі стресові прояви будуть сильніші й частіші, вони можуть виникати як реакції на події, що вже не раз були пережиті, до яких людина вже ніби й адаптувалася (обстріл, звук сирени, навантаження) або у разі відсутності реальної загрози.

**Виснаження** – важливий чинник, що робить гострі стресові реакції гострішими й частішими. Виснажені люди зазвичай не просять допомоги, проте скаржаться на неуважність, погіршення пам'яті і здатності сконцентруватися, уповільнення темпу мисленневих процесів; на хронічну втому, песимізм, бажання відгородитися від соціуму; головні болі, незрозумілі болі в грудях, порушення травлення тощо. У них спостерігається порушення сну, зміна харчової поведінки, зменшується маса тіла, збільшується пульс, піднімається артеріальний тиск; дихання стає частішим без фізичного навантаження; буває, що людині важко стримувати сльози, погіршується працездатність.

У військових виснаження називається **станом бойової втоми**, за якої стрес може проявлятися як нездатність виконувати свої прямі службові обов'язки: серед найхарактерніших ознак необхідно відзначити покидання поля бою, нез'ясовану відсутність тощо. У комбатантів, які перебувають у стані бойової втоми, є велика ймовірність повторення симптомів гострих стресових реакцій.

Якщо немає належних умов для відновлення, виснаження може перейти в тривожний чи депресивний розлад (за статистикою 80% суїцидів здійснюється в стані депресії).

Кожна людина час від часу може відчувати занепокоєння та хвилювання, а в ситуації війни приводів для цього більше. Проте постійні й надмірні переживання подій, до яких переважна більшість адаптувалася, можуть свідчити про **тривожні розлади**, які в дечому схожі на прояви ПТСР. (До

недавнього часу посттравматичний стресовий розлад розглядався як тип тривожного розладу, а не як самостійний стан.) Стан тривожності, за якого часто бувають панічні атаки, заважає адаптуватися до ситуації. У людей із тривожними розладами гострі стресові реакції бувають частіше.

З виснаженням, вигоранням фахівці зв'язують розвиток вторинної психотравми, яка часто розвивається в людей, що надають допомогу, людям, що зазнали психічного травмування.

Якщо людина перебуває на стадії виснаження, поряд із невідкладною допомогою спрямованою на стабілізацію гострих стресових проявів їй необхідно якнайшвидше створювати умови для відпочинку, і що скоріше буде надана така можливість, то більше буде шансів для відновлення.

Якщо немає можливості отримати психологічну підтримку, допомогу, виснаження поглиблюється, а гострі реакції на стрес набирають хронічної форми і можуть перейти в гострий чи посттравматичний стресовий розлад або спричинити активізацію ранніх травм розвитку (а відтак прояви комплексного посттравматичного стресового розладу), загострення супутніх розладів та дисоціативних станів.

Перша психологічна (екстрена) та невідкладна психологічна допомога надаються у випадку гострих стресових реакцій та гострих стресових проявів, що проявляються через фізіологічні, емоційні, ментальні та поведінкові симптоми:

а) як відповідь на надзвичайну чи екстремальну подію (впродовж 48 годин після події);

б) якщо людина переживає стан гострого чи хронічного стресу, особливо у разі соматичних, психосоматичних захворювань, коли психофізіологічна реакція на стрес суттєва;

в) якщо мигдалевидна залоза під дією тригера ідентифікує ситуацію як небезпечну чи загрозову для життя, хоча ситуація й безпечна. (Тобто відбувається помилка в роботі механізму нейроцепції.) Тригерами можуть бути індивідуальні для кожної людини події, слова чи умови, що запускають стресові

реакції. Тригери зв'язані з колишньою психотравматичною ситуацією, яку людина може й не пам'ятати, але думки, емоції, поведінкові прояви (зокрема гострі стресові реакції) актуалізуються під впливом пускового механізму (тригера);

г) тригер може «спрацювати» і під час психологічного консультування, психотерапевтичного сеансу чи групової психотерапевтичної роботи, коли актуалізується конструктивно не опрацьований психотравматичний матеріал, часто ранньої або базової психотравми;

д) якщо в людини діагностують посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) чи комплексний ПТСР, а також супутні розлади (депресія, тривожні розлади тощо), вона також інколи може потребувати епізодичної (першої, екстреної чи невідкладної психологічної) допомоги у випадку гострих стресових реакцій. Але в подальшому у разі наявності цих розладів необхідна травмафокусована психотерапевтична допомога.

### Література

1. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знуцань у сім'ї до політичного терору. Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.
2. Эдент К. Боевые травмы : руководство по выздоровлению. Христоцентричное решение боевой травмы. Чернигов : In Lumine Media, 2015. 168 с.
3. Крахмалев А. В, Кучер А. А. Боевая психическая травма: причины, проявления, первая помощь. URL: <http://kiev-security.org.ua/box/13/79.shtml>
4. Медсанбат: бойовий стрес. URL: <http://www.medsanbat.info/medsanbat-boyoviy-stres/>
5. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
6. Психологія поведінки на війні: практичний порадник : навчальний посібник / за заг. ред. В. І. Осьодло. Київ : НУОУ, 2014. 125 с.
7. Сыропятов О. Г. Медико-психологическое сопровождение специальных операций. Litres, 2013. 270 с.
8. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. URL: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016\\_121\\_ukpmd\\_ptsr.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ukpmd_ptsr.pdf)

## Розділ 4

### НЕВІДКЛАДНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА: СПОСТЕРЕЖЕННЯ

У цьому розділі ми опишемо, чому через багато часу після психотравмивної події можливі гострі стресові прояви, та які особливості цих проявів свідчать, що людина потребує невідкладної психологічної допомоги.

Гострі стресові реакції – це реакції виживання, що тривають до 48 годин після психотравмивної події і характеризуються змінами у функціонуванні вегетативної нервової системи (мобілізація або іммобілізація), а також блокуванням префронтальної зони неокортексу (раціонального мозку).

Якщо на цьому етапі не було належної (або ніякої) першої чи невідкладної психологічної допомоги, то в деякого такі реакції можуть пройти самі за умови, що їм вдається повернутися в стан безпеки, задіявши вентральну-вагальну систему соціального й емоційного контакту та включивши раціональний мозок. Це стосується постраждалих із високим рівнем психічного здоров'я та наявністю ситуації належної психологічної підтримки – близьких, побратимів, однодумців, що діють згідно рекомендацій ВООЗ. У цьому разі ВООЗ рекомендує: ***не вживати алкоголь і наркотики!***

А в постраждалих, яким був незнайомий раніше чи недоступний зараз вентральний ***стан безпеки***, починаються посттравматичні стресові, дисоціативні та супутні розлади з періодами загострень та ремісії. Тоді їм потрібна тривала допомога для опрацювання психотравмивної інформації, насамперед травмафокусована терапія. У період загострення, як і під час чи після психотравмивної події, у них бувають гострі стресові реакції різної інтенсивності, які можуть супроводжуватися ***гіпоактивацією***: завмиранням, апатією, шоківим станом, «втечею» (аж до станів дисоціативного ступору чи колапсу) або ***гіперактивацією***: тривога, гнів, страх, відчай, плач, неконтрольоване тремтіння, рухове збудження (часто наявні окремі симптоми панічного розладу: почервоніння, надмірне потовиділення, тахікардія).

Гостра реакція на стрес під час травмівної події є безпосередньою, нормальною і великою мірою передбачуваною реакцією на ненормальну ситуацію, тобто нормальною реакцією на аномальну подію.

Проблеми й розлади починаються тоді, коли такі реакції тривають тижні, місяці та роки після травматичних подій, і до них приєднуються інші симптоми, як-от повторювані тривожні сни, спогади, поведінка уникнення та дисоціації. Тоді говорять про *стійкі гострі стресові прояви* як симптоми гострого й посттравматичного стресового розладу та супутніх розладів (зокрема тривожних розладів та вживання алкоголю і психоактивних речовин); наслідків активізації ранніх дитячих травм та стану хронічного стресу, виснаження (що в цьому разі є наслідком посттравматичних станів). Для визначення наявності посттравматичного стресового розладу та супутніх розладів сьогодні доступно багато методик [5; 7]. Їх потрібно застосовувати, щоб визначити актуальний стан.

Щоб зрозуміти свій стан чи стан того, хто потребує невідкладної психологічної підтримки і допомоги, потрібно спостерігати за емоційними, когнітивними, фізіологічними проявами та поведінковими реакціями.

### **Функціонування вегетативної нервової системи**

Згідно зі Стівеном Порджесом [1], неопрацьована психотравма впливає на стан вегетативної нервової системи і «змушує» її функціонувати в режимі «порочних кругів».

Таблиця 4.1

<b>Вентрально-вагальний стан безпеки</b>
Цикл 1
Цикл 1
<b>Симпатична мобілізація (небезпека)</b>

Цикл 2
Цикл 2
<b>Дорсально-вагальний стан</b>
<b>(загроза для життя)</b>

Якщо людині незнайомий чи здається небезпечним і нестійким вентрально-вагальний стан безпеки й контакту, утворюється безперервний **цикл 1**: симпатична мобілізація – короткотривала вентрально-вагальна регуляція (перебування в стані безпеки й у вікні толерантності (див. табл. 4.2) – повернення до симпатичної мобілізації (див. рис. 4.1; табл. 4.1, стовпчик 2).

Якщо недостатньо ресурсів (внутрішніх здібностей, безпечного середовища, соціальної підтримки) для безпечної взаємодії з енергією симпатичної мобілізації, виникає **цикл 2**: роз'єднання з дорсально-вагальним станом – активація симпатичної нервової системи (див. рис. 4.1; табл. 4.1, стовпчик 2) – дистрес – роз'єднання з симпатичною активацією – повернення в дорсально-вагальний стан (див. рис.4.1; табл. 4.1, стовпчик 1).

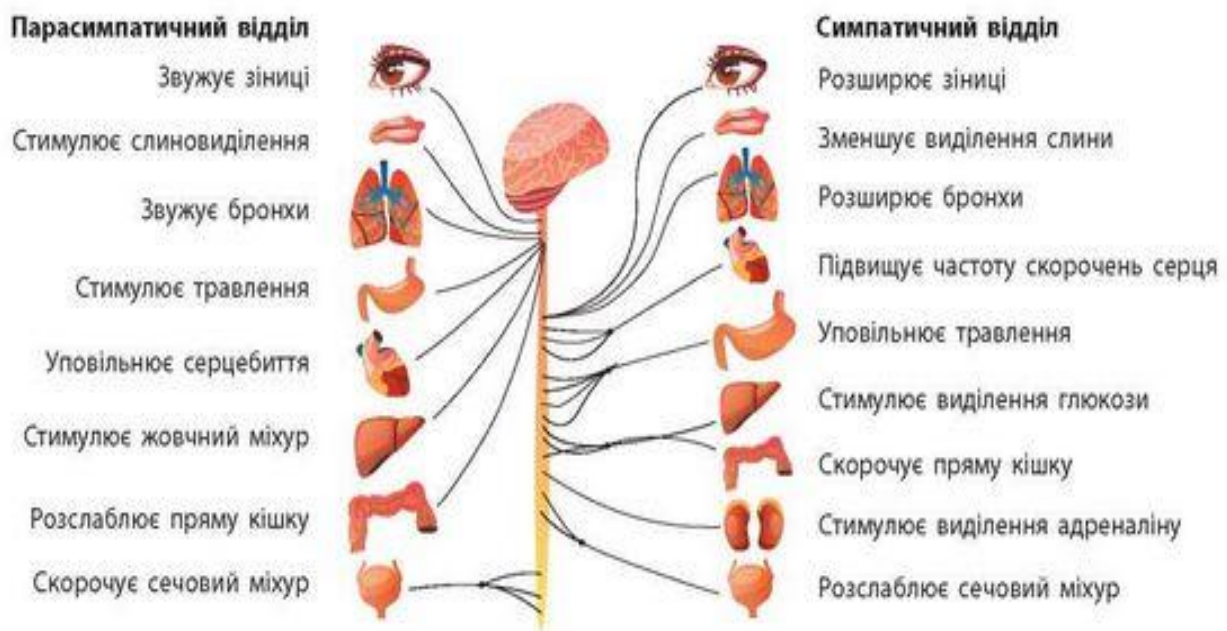


Рис 4.1. Вегетативна нервова система

Таблиця 4.2

Парасимпатичний відділ		Симпатичний відділ	
1		2	
Розфокусований погляд	Звужує зіниці	Розширює зіниці	Розширені зіниці
	Стимулює слиновиділення	Зменшує слиновиділення	Сухість у роті
Поверхнєве, уповільнене дихання	Звужує бронхи	Розширює бронхи	Прискорене дихання
Уповільнене серцебиття	Уповільнює серцебиття	Підвищує частоту скорочень серця	Прискорене серцебиття
Підвищений апетит	Стимулює травлення	Уповільнює травлення	Погане травлення
	Стимулює жовчний міхур	Стимулює виділення глюкози	Потреба «швидких» вуглеводів (алкоголю, солодкого)
–	–	Стимулює виділення адреналіну	Збудження, напруження
Діарея	Розслаблює пряму кишку	Скорочує пряму кишку	Закрепи
	Скорочує сечовий міхур	Розслаблює сечовий міхур	Часте сечовипускання

### Прояви гострих стресових реакцій. Спостереження

Щоб надавати психологічну допомогу, потрібно помічати прояви гострих стресових реакцій в оточення і в себе.

Американська психотерапевтка Дженей Уайнхолд говорила, що для роботи із психотравмою потрібно, щоб з'явилися «травмаокуляри».

*У 2014 році на другий день після масових розстрілів на Майдані під час Революції Гідності у мене такі травмаокуляри з'явилися. Я побачила три групи людей, що чітко відрізнялися між собою: крейдяно-білих – непорушних і*



мовчазних; збуджених, що бігали групами і шукали ворогів, щоб їх покарати; і перевтомлених, із сірими обличчями. Такі три типи реагування на травмівні події характерні для стану гіпоактивації, гіперактивації та виснаження. Опираючись на нові дослідження нейропсихології, дослідження Стівена Порджеса, пренатальної психології, Дженей Уайнхолд описала зазначені реакції відповідно до трьох типів базових психотравм (див. табл. 4.3).

Таблиця 4.3

### Континуум травми

	<b>Шок</b>	<b>Травма</b>	<b>Стрессова травма</b>
<b>Особливості переживання</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Бліда шкіра;</li> <li>– пильний погляд, незначне моргання;</li> <li>– неочікуване збіднення емоцій;</li> <li>– амнезія подій;</li> <li>– брак емоцій при описуванні емоційно зарядженої ситуації;</li> <li>– втрата чи уповільнення мовлення;</li> <li>– холодні кінцівки;</li> <li>– агорафобія;</li> <li>– тримається окремо від інших, щоб почуватися в безпеці;</li> <li>– слабкий м'язовий тонус</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Почервоніння шкіри;</li> <li>– часте моргання;</li> <li>– різкий сміх;</li> <li>– неспокій, метушливість;</li> <li>– сильне потовиділення в соціальних ситуаціях;</li> <li>– компульсивне мовлення;</li> <li>– гіперпильність, настороженість;</li> <li>– емоційні вибухи;</li> <li>– надмірна тривала реакція страху;</li> <li>– несподіване відчуття жару;</li> <li>– різко відводить погляд;</li> <li>– надмірна чутливість;</li> <li>– напружені м'язи;</li> <li>– проблеми зі сном</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Активна поведінка, але знервований і тривожний стан;</li> <li>– напружений вираз обличчя;</li> <li>– уникнення стійкого контакту очі в очі;</li> <li>– важко розслабитися;</li> <li>– проблеми зі сном;</li> <li>– стримування сліз</li> </ul>
<b>Задіяні ділянки мозку</b>	Стовбур мозку, рептильний мозок, тканини ектодерму (палеокортекс)	Лімбічний мозок, тканини мезодерму (архікортекс)	Неокортекс, тканини ендодерму
<b>Задіяна частина автономної нервової системи</b>	Парасимпатична нервова система	Симпатична нервова система (архікортекс)	Система соціального й емоційного контакту
<b>Орієнтація в</b>	Дисоційованість	Минуле й теперішнє	У теперішньому

часі		переплетене і змішане	часі
------	--	-----------------------	------

Тип реагування на стресори, зокрема на психотравмівні події, на думку Дженей Уайнхолд [6], залежить насамперед від типу *травми розвитку* та віку, коли дитина була травмована.

**Травми розвитку і типи реакцій на травмівні події.** Справа в тому, що мозок у людини розвивається знизу-вгору [4]. *Стовбур мозку* (рептильний мозок) розвивається в утробі матері і керує основними функціями життєзабезпечення: збудження, сон/бадьорість, насичення, виділення, дихання, хімічний баланс. Рептильний мозок протягом усього життя дуже активно реагує на загрозу, особливо якщо є загроза для життя чи цілісності.

*Лімбічна система* (емоційний мозок) вибудовується в основному протягом перших шести років життя і продовжує змінюватися залежно від отриманого досвіду. Особливо суттєво протягом усього життя впливає на її роботу психічне травмування. У лімбічній системі міститься «карта» взаємин із зовнішнім середовищем. Вона керує сприйняттям, доцільністю появи тієї чи іншої емоції, поділом на категорії.

*Префронтальна кора* (частина раціонального мозку) розвивається останньою. Вона відповідає за планування і прогнозування, сприйняття часу і контексту, подавлення несанкціонованих спільнотою дій, емпатичне розуміння. Префронтальна кора також страждає від психотравмування. Зокрема, окрім усього іншого, втрачає можливість відсіювати зайву інформацію. Впродовж життя у відповідь на загрозу префронтальна кора зазвичай відключається.

*Вегетативна нервова система* також на власному досвіді «учиться» реагувати на зміни в середовищі й у власному організмі. Пренатальний вплив різних несприятливих чинників, як-от: соціально-економічні труднощі, відсутність адекватної соціальної підтримки, хвороби матері та вживання нею алкоголю, психоактивних речовин; психічне травмування матері впливають на стан вегетативної нервової системи дитини. Дитині [2, с. 36], що перебуває в

утробі, передається і настрій матері: тривога й депресія впливають на активність і частоту серцевих скорочень плода.

Якщо базова травма бере свій початок у період від зачаття до 8 місяців життя, то, за Дженей Уайнхолд, це буде **шокова травма** (довербальна). Тоді несприятливу ситуацію людина оцінюватиме як загрозу для життя, тож буде активуватися дорсальна частина блукаючого нерва (реакція «замри»). Травмуватися маля може і під час народження, і в перші години чи дні життя. Дженей Уайнхолд говорила, що одна з причин шокової травми те, що дітей у перші дні після народження можуть тримати в окремому приміщенні. На відсутність матері немовля реагує так само, як маля будь-якого ссавця. Відсутність матері для нього означає смерть. Якщо після важких пологів дитину не розлучають із матір'ю, а в подальшому буде відповідна корекція, травма не буде «формувати» особистість. Якщо ж дитина відірвана від матері: наприклад, надовго залишає дитину, чи змінюються доглядальники; у матері поганий контакт із немовлям, оскільки вона сама травмована та перебуває в стані депресії, алкогольного сп'яніння, не відривається від телефону чи зайнята чимось іншим – у дитини базовою травмою буде шокова. І в цьому разі в несприятливих умовах для людини буде характерний стан іммобілізації завмирання, підніматимуться характерні для немовляти настановлення: *«Я безсилий/а, неспроможний/а себе захистити», «Світ загрозливий», «Без допомоги іншого (матері) загину»*.

У подальшому завдяки постійному досвіду корекції взаємодія між матір'ю і дитиною формує вегетативну нервову систему дитини, створює звичні способи реагування: вони «обмінюються інформацією» на вегетативному рівні, формуючи досвід співналаштування [2]. Якщо поруч є людина, що регулює дитину, і яку може надійно регулювати дитина, то формується досвід безпеки і зв'язку з іншими (у повсякденному житті домінує вентральна-вагальний контур).

Якщо ж дорослі в сім'ї травмовані, живуть на основі власних моделей дисрегуляції, не мають досвіду безпечної взаємодії, у дитини до трьох років (за

Дженей Уайнхолд) формується **травма** (супроводжується **станом мобілізації**), а від трьох до семи років – **стресова травма** (стан виснаження). Формуються настановлення: «Світ небезпечний і недоброзичливий. Щоб вижити, потрібно докладати багато зусиль», а також реакції «Борися або втікай». Якщо травма сформована до трьох років, ці реакції можуть проявлятися агресивною поведінкою, криком, плачем, істерикою (саме тоді активно формується емоційний мозок).

**Стрессова травма** формується в період активного розвитку префронтальної кори, коли в дитини формують навички самообслуговування, починається процес навчання. Якщо цей процес супроводжується постійним стресом, у дорослому віці людина буде або докладати багато зусиль для стосунків чи роботи, або уникати зайвого навантаження. Стресову травму ще називають вторинною. Вона розвивається в людей, що мають справу з травмованими людьми: у психологів, соціальних працівників, працівників паліативних відділень, людей, що доглядають смертельно хворих тощо. Від вигорання стрессова травма відрізняється тим, що у випадку вигорання після зміни ситуації та якісного відпочинку людина відновиться, а у випадку травми – потребуватиме ще й психотерапевтичної допомоги.

Якщо в людини є зазначені вище базові травми розвитку, у разі тривалого переживання стресових ситуацій чи психотравмивної події у неї може актуалізуватися складний синдром повторюваної травми (**комплексний ПТСР**).

**Інтенсивність проявів гострих стресових реакцій** [3]. Для вимірювання інтенсивності всіх видів негативних емоцій, реакцій чи станів використовують шкалу SUD – суб'єктивний рівень дискомфорту (стрессового навантаження) (*Subjective Units of Discomfort*) розроблену Волпе. Шкала SUD від 0 до 10, де 0 – відсутність стрессового навантаження (нейтрально), а 10 – найгірший дискомфорт для людини.

Суб'єктивний рівень дискомфорту визначають під час роботи когнітивно-поведінкові терапевти. Також SUD визначається перед початком терапії як відправна точка у травмафокусованих психотерапевтичних підходах, таких як

EMDR, брейнспотінг, травмафокус. Водночас у свідомості актуалізується образ спогаду, а також пов'язане з ним негативне переконання (в EMDR) чи стан (брейнспотінг чи травмафокус), що планується відпрацювати.

SUD вимірюють щоразу, коли здається, що відпрацювання цільового епізоду завершено. Фаза опрацювання триває доти, доки рівень SUD не зменшиться до 0 або іншого прийняттого в ситуації показника (якщо це сеанс психотерапії, то зазвичай може бути 1, 2 бали).

Рівень SUD вимірюють (якщо ситуація дає змогу це робити, і постраждалий може говорити) і у випадку гострої реакції на стрес, коли надається невідкладна допомога із застосуванням технік травмафокусованих підходів.

Перед тим, як використовувати техніки невідкладної допомоги із застосуванням EMDR, якщо встановлений хороший контакт, запитують: *«Наскільки ви відчуваєте зараз дискомфорт? Якщо 0, то не відчувається зовсім, а 10 – максимальний рівень дискомфорту»*. Таке ж запитання поставлене після проведення техніки (чи певного етапу) дасть змогу зрозуміти, наскільки зменшився рівень дискомфорту, покращився стан.

Часто у випадку гіперактивації відповідають, що рівень дискомфорту 10+, наприклад, 100. Так буває тому, що в цьому стані людина збуджена, а її емоції і відчуття дуже яскраві.

А той, хто перебуває у стані гіпоактивації, може говорити про незначний рівень дискомфорту або взагалі про те, що почуває себе нормально. Це буває тому, що в цьому стані гострі емоції і навіть відчуття «заморожуються». Хоча насправді рівень стресового навантаження може бути високий. Якщо гіпоактивація 10+, то людина, зазвичай, не може навіть говорити.

***Вікно толерантності.*** Поняттям «вікно толерантності» Ден Сігел (*Siegel*) описує «оптимальну зону збудливості людини». Іншими словами, це здатність володіти своїми емоціями навіть у стані стресу; оптимальна емоційна зона, у якій можна себе регулювати і добре почуватися в повсякденному житті; це «плавання» у річці благополуччя (*Siegel & Bryson, 2012*), коли можна

реагувати на все, що відбувається, і не збиватися з курсу. **Вікно толерантності** – це діапазон навантаження (стресу), який людина може витримати, не переходячи в стан дисоціації чи гіперактивації (Ogden, et al. (2006); Siegel, 1999).

Якщо людина потрапляє за межі вікна толерантності, її нервова система переходить у режим виживання. Мигдалевидна залоза перехоплює контроль над здатністю людини раціонально реагувати на загрозу. Активується і домінує симпатична нервова система – **гіперзбудження** або активується і домінує дорсальна частина блукаючого нерва – **гіпозбудження**, що може проявлятися в дисоціативних станах (див. табл. 4.4).

Таблиця 4.4

### Вікно толерантності

<p><b>Гіперактивація: реакція виживання, симпатична мобілізація</b></p> <p>Високе збудження: реакції боротьби або втечі. Захоплює реакція виживання, реакція на небезпеку, навіть коли загрозна подія вже минулася</p> <p><b>Емоційні ознаки:</b> тривожність, боязливість, розгубленість, готовність до захисту, злість, ірраціональність, роздратування.</p> <p><b>Фізичні ознаки:</b> серцебиття і частота дихання прискорюються, кров приливає до обличчя, людина легко лякається, стурбована, невпевнена, їй важко залишатися нерухомою</p>
<p><b>Всередині Вікна толерантності (система соціального й емоційного контакту)</b></p> <p>Термін «вікно толерантності» відображає емоційні та фізичні стани, які можна терпіти: стан засмучення, розлюченості, замикання в собі не поглинають повністю. Нервова система не бере в полон нашу свідомість реакціями «бий», «тікай» або «завмирай». У цьому діапазоні інтенсивності людина залишається присутньою, заземленою, орієнтованою в просторі та часі, здатною думати, планувати, відчувати та спілкуватися. (Siegel, 2001).</p> <p><b>Емоційні ознаки:</b> орієнтованість на стосунки і на поточну ситуацію («тут і тепер»),</p>

«вирішуються питання в міру надходження». Здатність думати і відчувати водночас. Сильні емоції доступні, але є можливість їх стримувати.

**Фізичні ознаки:** частота серцевих скорочень і дихання підтримують активність відповідну ситуації: якщо потрібно, можна швидко рухатися або якийсь час бути в нерухомості.

Комфортний або терпимий стан та відчуття в тілі. Емоції та фізичні реакції можуть бути або не бути сильними, але залишаються терпимими

**Гіпоактивація: реакція виживання, дорсальний стан, іммобілізація**

Заморожування: стратегія «замри»

**Емоційні ознаки:** заціпеніння, безнадійність/безпорадність, застиглість від страху чи сорому, розгубленість, неухважність, важко думати, відчувати чи говорити, безініціативність.

**Фізичні ознаки:** частота серцевих скорочень і дихання знижується, сонливість, замкненість, знерухомленість, холод, ригідність, відчуття відділення від тіла.

Вікно толерантності може бути вузьким або широким, різним для кожної людини в різні періоди життя. Коли ми розширюємо вікно толерантності, то беремо контроль над своїм життям і можемо насолоджуватися плавною подорожжю незалежно від хвиль, перепон і несподіванок, з якими ми зустрічаємося.

### Література

1. Дана Д. Мини-флипчарт. Поливагальные заметки. Київ : Мультиметод, 2022.
2. Дана Д. Поливагальные упражнения для развития связи и ощущения безопасности. 50 пациент-ориентированных методик. Київ : Мультиметод, 2022. 352 с.
3. EMDR терапія наслідків психотравми : практичний посібник / за ред. Арне Гофманна. Львів : Свічадо. 257 с.
4. Колк, Б. ван дер. Тело помнит все: какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть. Київ : Форс-Україна, 2020. 464 с.
5. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 206 с.

6. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.

7. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. URL: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016\\_121\\_ukpmd\\_ptsr.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ukpmd_ptsr.pdf)

8. Порядок застосування методів психологічної і психотерапевтичної допомоги. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2019/6%28107%29/pages-5-6/poryadok-zastosuvannya-metodiv-psihologichnoyi-i-psihoterapevtichnoyi-dopomogi>



## Розділ 5

### НЕВІДКЛАДНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА: ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАХОДИ НИЗЬКОЇ ІНТЕНСИВНОСТІ

Невідкладна психологічна допомога надається в разі гострих проявів стресових реакції та емоційного дистресу з метою стабілізації психічного стану та відновлення попереднього рівня функціонування.

Гостра реакція на стрес після травмивної події триває від кількох хвилин до двох днів. Стан емоційного дистресу, що супроводжується гострими стресовими проявами (у разі гострого стресового розладу (ГСР), посттравматичного стресового розладу (ПТСР)), актуалізації ранніх травм (дисоціативних станів, кумулятивного стресу, зокрема стану виснаження, втоми), може також тривати від кількох хвилин до кількох годин чи днів.

Як було описано раніше, у цій ситуації відключаються система соціального й емоційного контакту (вентральна частина блукаючого нерва) і префронтальна кора (раціональний мозок), що відповідає за аналіз, планування, прийняття рішень і регулювання соціальної поведінки. Натомість включаються реакції виживання: гіперактивація симпатичної нервової системи (збудження, компульсивне мовлення, можливі панічні атаки тощо) або гіперактивація дорсальної частини блукаючого нерва (завмирання, шоківий стан, ступор, втрата свідомості тощо). Тоді людина неспроможна діяти і в екстремальній ситуації вона може загинути або створити небезпечну ситуацію для інших.

Щоб стабілізувати стан та відновити попередній рівень функціонування, застосовують орієнтовані на раннє втручання форми психологічного впливу.

#### **Орієнтовані на раннє втручання форми психологічного впливу**

У Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу (2008 р.) викладено такі визначення цих понять: *«психологічний вплив* – це вживання спрямованих дій на психіку людини, усвідомленого або неусвідомленого характеру, за допомогою переконання, психологічного

перетворення або сугестії для формування певної системи уявлень, дій та ставлень, які суб'єктивно сприймаються особою як особисто приналежні» [6].

**Психотерапевтичний вплив** [там же] – це застосування спрямованих на психіку людини методів усвідомленого або неусвідомленого характеру, за допомогою переконання, психологічного перетворення або сугестії для лікування, реабілітації і профілактики розладів здоров'я особи.

У посібнику «Кризова психологія» [2] йдеться про поняття «психологічне втручання», що здійснюється з метою психологічного впливу. **Психологічні втручання** спрямовані на корекцію стану, насамперед на соматичний аспект і на уяву, і, як наслідок, – на поведінку, емоційний стан і ментальний стан – оскільки в людини не завжди є сила і ресурси, щоб оволодіти важкою життєвою ситуацією. Усі зазначені вище складники – і поведінка, і стан (духовний, ментальний, емоційний, фізіологічний) – взаємопов'язані. Впливаючи на будь-який складник, ми впливаємо на всі аспекти.

Спрямовані на невідкладну допомогу форми раннього психологічного втручання застосовують зокрема в межах невідкладної психологічної допомоги та під час надання першої психологічної, екстремальної та кризової психологічної допомоги.

У цьому розділі ми розглянемо орієнтовані на раннє втручання психологічні заходи низької інтенсивності, а також заторкнемо технології психічної регуляції та саморегуляції як форми психологічного втручання і психологічного впливу.

**Психологічні заходи низької інтенсивності.** У Проекті наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку застосування методів психологічної і психотерапевтичної допомоги» (2022 р.) у визначенні поняття виділяють такі форми психологічної допомоги: **«психологічна допомога** – надання допомоги особі із застосуванням методів психологічної і психотерапевтичної допомоги у формі психотерапії, психологічного консультування, психологічного втручання низької інтенсивності, першої психологічної допомоги або кризового психологічного

консультування» [5]. Тут же дається визначення поняття «*психологічні заходи низької інтенсивності* – спрощені структуровані форми психологічного консультування, доказово ефективні для покращення окремих аспектів психічного здоров'я та психосоціального благополуччя особи незалежно від рівня тяжкості її проблем» [там же].

*Технології психічної регуляції та саморегуляції*, описані в різних джерелах, останнім часом демонструються на вебінарах. Ці технології забезпечують (найчастіше через соматичний вплив) швидку зміну актуального психофізіологічного стану, а відтак і поведінки. Застосовуються як під час екстремальної чи надзвичайної події у процесі надання першої психологічної допомоги, так і на етапі мінімального й комплексного реагування як елементи невідкладної психологічної допомоги, а також на етапі підготовки до перебування в надзвичайній чи екстремальній ситуації.

#### **Невідкладна психологічна допомога: послідовність дій**

Під час гострих реакцій на стрес та емоційного дистресу люди зазвичай відчувають:

- самотність;
- безпорадність;
- емоційне навантаження;
- розгубленість.

Спроби потрусити, пошарпати людину або накричати на неї чи присоромити в такій ситуації не спрацюють. Система опрацювання інформації в постраждалого вже перевантажена. А шарпання та крики перевантажать систему ще більше. Лагідні слова й розмови про пережиті емоції також не допоможуть, оскільки спрямовані до лімбічної (емоційної) частини мозку, яка й так домінує, а частини, що відповідають за логічне мислення, відключені.

Щоб стабілізувати такий стан і відновити здатність діяти, необхідно:

- встановити безпечний контакт, зорієнтувати людину на спілкування і таким чином *включити систему емоційного і соціального контакту* (вентральна гілка блукаючого нерва);

- спробувати **включити префронтальну кору головного мозку** – звертаючись до логіки і фактів, а не до емоцій і спонукаючи до дії. (Психологам здавна відомо, що інтелект дитини на кінчиках пальців. Під час функціонування реакцій виживання стан дорослого подібний до стану немовляти (шок) і дитини до трьох років – рухове збудження.)

Якщо таке відбувається після травмивної події, в екстремальній чи незвичайній ситуації або ж у людини спрацьовує тригер (наприклад, реакція на сирену), потрібне термінове втручання з метою негайного усунення або мінімізації наслідків такої ситуації, а також надання допомоги та психологічної підтримки, спрямованої на стабілізацію стану та відновлення функціонування. Для цього потрібно:

1. Враховувати **алгоритм та прийоми екстреної «допсихологічної» допомоги і самопомоги**, а також необхідність **психологічного супроводу**.

2. Під час психологічного супроводу з метою психологічного впливу використовують **вербальний алгоритм психологічного втручання**, спрямований на корекцію стану, і, як наслідок, – на поведінку (скорочений варіант психологічних заходів низької інтенсивності, наприклад, модель ОПОРА).

3. У певних ситуаціях, якщо це необхідно (не вдається стабілізувати стан чи у випадку панічної атаки) або доречно (у кабінеті психолога чи під час надання невідкладної допомоги знайомому) потрібно додавати **технології психічної регуляції та саморегуляції**, які забезпечують, найчастіше через соматичний вплив, швидку зміну актуального психофізіологічного стану. Застосовуються як під час екстремальної чи незвичайної події у процесі надання першої психологічної допомоги, так і як елементи невідкладної психологічної допомоги на етапі мінімального й комплексного реагування, а також на етапі підготовки до перебування в незвичайній чи екстремальній ситуації.

4. Залежно від ситуації, якщо ви фахівець і володієте методами невідкладної психологічної допомоги *із застосуванням психотерапевтичних технологій*, то далі потрібно переходити до цього етапу (розділ 5).

*Екстрена психологічна допомога* – система короткотривалих заходів, що їх надають постраждалим у зоні екстремальної ситуації безпосередньо чи в найближчий час після травмівної події [3]. Зазвичай це поняття стосується роботи рятувальників у зоні надзвичайної ситуації, представників силових структур у зоні екстремальної ситуації чи фахівців із соціальної роботи (частіше всього у випадку домашнього насилля).

*Алгоритм та прийоми екстреної «допсихологічної» допомоги і самопомоги* у випадку страху, тривоги, плачу, гніву, неконтрольованого тремтіння, рухового збудження, панічних реакцій тощо описано в низці робіт, зокрема вітчизняних авторів [1; 3; 4]. *Психологічний супровід*, емоційна підтримка людини, що пережила психотравмівну подію, – це один із основних видів психологічної допомоги у важкий час, коли біль від пережитого стає нестерпним. Той, хто здійснює супровід, тимчасово перебуває поруч із потерпілим, забезпечує йому необхідну й достатню підтримку у важкій життєвій ситуації.

Психологічний супровід включає ведення, керівництво та інформування. Психологічний супровід і керівництво спрямовані на поведінкову сферу, інформування – на когнітивну, а емоційна підтримка – на емоційну, завдяки чому відновлюються когнітивні процеси й відбувається регуляція поведінки.

Як приклад до сказаного у цьому розділі, надамо два варіанти алгоритму екстреної допомоги у випадку психогенного ступору із застосуванням технологій психічної регуляції та саморегуляції, а також рухового збудження.

Психогенний ступор поряд із такими реакціями, як колапс, втрата свідомості, є однією з найінтенсивніших реакцій активації дорсальної гілки блукаючого нерва (імобілізації), що проявляється у завмиранні. Описану нижче допомогу надають у екстремальній ситуації насамперед підготовлені спеціалісти (психологи ДСНС та силових структур). У повсякденному житті зі

ступором мало хто має справу навіть у ситуації війни. В екстремальних чи надзвичайних ситуаціях таке трапляється теж дуже рідко.

Якщо все ж таки на вулиці ми бачимо людину, що лежить непорушно і не реагує на вас (навіть якщо вона в стані сп'яніння), то варто все ж таки забезпечити їй психологічний супровід: подбати про фізичну безпеку, викликати швидку допомогу і залишитися поряд, поки вона приїде. Треба також подбати і про свою безпеку, для чого попросити когось, краще чоловіків, побути разом із вами. Справа в тому, що стан непорушності може дуже швидко перейти в рухове збудження. І постраждалий у такому стані може нашкодити і вам, і собі. Людина в стані ступору зазвичай чує. Тому спокійно їй говоріть: *«Я поруч із вами. Я залишуся, доки приїде швидка допомога. Швидку допомогу вже викликали»* тощо.

**Ступор** [4]. Ступор – одна з найсильніших захисних реакцій організму. Цей стан спостерігається після переживання дуже сильної травмівної події, коли людина витрачає так багато енергії на виживання, що сили на контакт із навколишнім світом у неї вже немає.

Ступор може тривати від кількох хвилин до кількох годин.

**Ознаки:**

- різке зменшення або повна відсутність рухів і мовлення;
- відсутність реакції на зовнішні подразники (шум, світло, дотики);
- непорушність, яка може доходити до «заціпеніння» у певній позі,

стан повної нерухомості або колапсу.

**Алгоритм першої допомоги**

1. Ваше завдання: будь-що домогтися реакції потерпілого, вивести його із заціпеніння.

2. Зігніть потерпілому пальці на обох руках і притисніть їх до долонь. Великі пальці згинати не потрібно.



Рис. 5.1

3. Кінчиками великого й вказівного пальців масажуйте потерпілому точки, розташовані на лобі, над очима посередині між лінією росту волосся й бровами, чітко над зіницями.

4. Долоню вільної руки покладіть на груди потерпілого. Налаштуйте свій подих під ритм його подиху.

5. Людина, перебуваючи в ступорі, може чути, бачити. Тому говоріть їй на вухо, тихо, повільно й чітко.

6. Можна плеснути долоню потерпілого тильною стороною своєї долоні.



Рис. 5.2

### ***Не можна!***

Залишати потерпілого без допомоги. У такому стані людина безпомічна, вона не може подбати про себе й уникнути небезпеки. Якщо ступор триватиме довго, настане фізичне виснаження.

***Шоківі реакції*** – це теж реакції завмирання, але нижчої інтенсивності, зазвичай невідкладна допомога потрібна і у випадку шокowego реагування. Її потрібно надавати, використовуючи алгоритми вербального впливу, один із яких викладений у моделі «ОПОРА»

## Модель ОПОРА

*(Взято з тренінгу «NATAL», розробленого на основі навчальної програми навчання «Israel Trauma And Resilience Center»)*

**Мета** перших чотирьох етапів цієї моделі – повернути людині відчуття контролю за ситуацією. Перші чотири літери в абревіатурі ОПОРА відповідають спонуканню до певної дії, питанню чи орієнтуванню.

**О** – *орієнтованість на спілкування*. Важливо, щоб людина відчула чиюсь присутність, надійний контакт (на противагу самотності). Наприклад: *«Я з тобою»*. *«Ми будемо триматися поруч»* тощо.

**П** – *прохати, піднімати/спонукати до* конструктивних дій (на противагу безпорадності). Людину спонукають до конструктивних кроків, щоб допомогти їй та оточенню. Прості, ясні вказівки дають їй змогу діяти в контексті ситуації. Важливо, щоб людина діяла сама й допомагала іншим. Тоді вона перестає бути жертвою і переходить у позицію сильного. Наприклад: *«Збери всі сумки і постав їх убік»*; *«Склади список номерів автівок»*.

**О** – *осмислені прохання* (на противагу захопленню емоціями). Спілкування має бути раціональним, а не емоційним. Замість того, щоб звертатися до почуттів людини, важливо дати їй реальні варіанти вибору. Наприклад: *«Порахуй людей, які тут перебувають»*; *«Скільки часу ти чекаєш?»*; *«Ти хочеш спочатку попити води чи подзвонити батькам?»*.

**Р** – *роз'яснення* (на противагу розгубленості), осмислення події у контексті хронології. Підкреслюється, що подія залишилася в минулому. Роз'яснення ведеться у трьох часах:

- Що сталося?
- Що відбувається зараз?
- Що станеться незабаром?

Це дає змогу зрозуміти хронологію події. Наприклад: *«Кілька хвилин тому трапилася аварія, уже приїхали рятувальні служби, вони надають допомогу. Зараз підійдуть до нас. Найстрашніше позаду»*.



**А** – активізація, перехід із недіяльного стану в діяльний. Важливо, щоб людина зрозуміла, що ситуація відносно безпечна. А також усвідомила, що вона має робити далі.

Модель «Опора» спрямована на трансформацію переживань, що характеризують гостру реакцію на стрес:

- самотність → створення орієнтиру → приналежність до групи;
- безпорадність → сприяння до дії → відчуття сили, бажання діяти;
- наплив емоцій → осмислені питання → здатність до комунікації;
- розгубленість → роз'яснення → усвідомлення, що найстрашніше позаду.

### **Психомоторне збудження [4]**

Іноді потрясіння буває таке сильне, що потерпілий розгублюється і не може зрозуміти, що відбувається довкола: де вороги, а де свої? Де небезпека, а де порятунок? Людина втрачає здатність логічно мислити і щось вирішувати, не знаходить собі місця, поводить, як зацькований звір, що намагається вирватися з клітки.

Психомоторне збудження зазвичай триває недовго. На зміну йому може прийти нервові тремтіння, плач чи агресивна поведінка.

#### ***Ознаки:***

- різкі рухи, часто безцільні й безглузді дії;
- неприродне голосне швидке мовлення (людина говорить непослідовно, не зупиняючись, іноді – безглузді речі);
- потерпілий часто не реагує на оточення (на зауваження, прохання, накази).

#### ***Алгоритм першої допомоги***

1. Пам'ятайте, що постраждалий може завдати ушкоджень собі чи оточенню.

2. Використовуйте прийом «обхоплення»: перебуваючи позаду, просуньте свої руки потерпілому під пахви, притулите його й злегка схиліть на себе (*див. рис. 5.3*).



Рис. 5.3

3. Ізолюйте потерпілого. Нехай поруч буде якомога менше людей. Проте не залишайтеся наодинці з постраждалим! Це може бути небезпечно.

4. Дайте потерпілому можливість «розрядитися». Наприклад, виговоритися чи зробити щось, пов'язане з високим фізичним навантаженням.

5. Демонструйте доброзичливість, навіть якщо ви не згодні з потерпілим.

6. Замість звинувачень на кшталт: «Що ти за людина! Чому не можеш помовчати», скажіть про своє ставлення до його дій. *«Тобі хочеться все розбити? Може, разом спробуємо знайти вихід із цієї ситуації?»*. Якщо звинувачувати постраждалого, то можна стати об'єктом його агресії!

7. Масажуйте постраждалому «позитивні» точки (див. рис. 5.4). Говоріть спокійним голосом про його стан, почуття (*«Тобі хочеться щось зробити, щоб це припинилося. Ти хочеш сховатися від того, що відбувається»*).



Рис. 5.4

### **Не можна!**

- Сперечатися, сваритися з потерпілим.
- Вдаватися до прямої агресії щодо нього (наприклад, бити).
- Ставити запитання.

- Говорити фрази з часткою «не», що стосуються небажаних дій. Наприклад: «Не біжи», «Не розмахуй руками», «Не кричи». Якщо висловлюватися таким чином, то людина буде чути протилежне: «Біжи! Розмахуй руками! Кричи!», збудження зростатиме. Краще сказати: «Зупинися», «Йди зі мною», «Опусти руки», «Спробуй говорити тихіше, повільніше».

Таке рухове збудження, за якого необхідно потерпілого утримувати руками навіть у екстремальних і надзвичайних ситуаціях, трапляється рідко. Це гіперактивація дуже високого рівня симпатичної нервової системи. Частіше гіпермобілізація проявляється у безцільному ходінні «туди-сюди», хитанні, у стуканні пальцями по столу, перебиранні чогось у руках тощо. Набагато частіше активація симпатичної нервової системи проявляється у голосному швидкому компульсивному мовленні, коли людина не здатна до діалогу і до встановлення вербального контакту. У випадку збудження, а також переляку чи паніки (не плутати з «панічними атаками») Ізраїльський Центр досліджень травматичного стресу (*Center for the Study of Traumatic Stress*) пропонує чотирикроковий алгоритм вербального втручання із застосуванням невербальних елементів.

### **Картка екстреної допомоги в разі гострої реакції на стрес (збудження, переляк, паніка) [2]**

#### ***1. Будьте поруч.***

Станьте або сядьте поруч із людиною, яка відчуває стрес, і скажіть: «Подивіться на мене. Ви мене чуєте?».

#### ***2. Налагодьте контакт:***

– Я зараз стисну вашу руку. Стисніть мою руку у відповідь.

– Подивіться мені в очі. Бачите – я тут.

– Я прямо тут, із вами, я нікуди не йду. Ви не самі.

– Поговоріть зі мною. Про що ви думаєте?

– Я тут, із вами.

#### ***3. Заспокойте:***

– Дихайте глибоко. Не заплющуйте очі.

–Доторкніться пальцем до своєї руки або ноги – відчуваєте дотик?

– Повільно торкайтеся та рахуйте разом зі мною.

#### **4. Дайте відчутти присутність**

– Тримайте мене за руку. З нами все гаразд. Ми зробимо все, щоб так було й далі. Ми впораємося.

Як бачимо, тут теж застосовуються елементи моделі «Опора».

Крок 1. **Будьте поруч** – Орієнтація на контакт із метою включення вентральної гілки вегетативної нервової системи, системи емоційного соціального і емоційного контакту.

Крок 2. **Налагодьте контакт** – Прохання, спонукання до конструктивних дій (на противагу безпорадності), спрямоване на встановлення контакту. Для цього пропонується: *«Поговоріть зі мною»*, а також невербальні способи встановлення контакту (*стисніть мою руку, подивіться в очі*).

Крок 3. **Заспокойте** – Осмислене завдання: повільно доторкатися руки та рахувати разом доторки (через якийсь час можна замовкнути, щоб збуджена людина рахувала сама) сприяє активізації префронтальної кори головного мозку та системи соціального і емоційного контакту.

Крок 4. **Дайте відчутти присутність** – елемент Роз'яснення, що подія лишилася в минулому і контакт залишається (*«Ми зробимо все, щоб так було й далі. Ми впораємося»*). А також Активація, нагадування, що ситуація відносно безпечна. (*З нами все гаразд.*)

Якщо людина дуже збуджена і мовлення її дуже швидке, вищезазначені кроки реалізувати буде дуже важко. У такому разі – і загалом за наявності швидкого мовлення – щоб реалізувати потребу постраждалого в безпеці (адже у цьому випадку людина відчуває, що світ небезпечний, а якщо в неї шоківі реакції – то загрозу для життя), необхідно реалізувати потребу «бути побаченим і почутим», а якщо вдасться, то і потребу «бути зрозумілим». Для цього можна застосовувати техніку із ненасильницького спілкування (за Маршалом Розенбергом), дієвий інструмент у таких випадках. Авторка неодноразово переконувалася в цьому, особливо у 2014–2015 роках, працюючи

в зоні АТО з гіперактивованими групами особового складу Збройних Сил та Національної Гвардії, а також під час роботи з окремими людьми. Проте, щоб освоїти цю техніку, потрібне тренування для формування навичок активного слухання саме в такій ситуації, тому ми не можемо її тут подати.

Алгоритм екстреної допомоги у разі таких гострих стресових проявів, як страх, тривога, плач, гнів, неконтрольоване тремтіння, описано в низці робіт, зокрема вітчизняних авторів [4; 5]. Можна ознайомитися з цим матеріалом і продумати (використовуючи модель «Опора»), який вербальний супровід був би доречний у цих ситуаціях.

### Література

1. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
2. Кравчук С. Л. Стратегії розвитку та підтримання психологічної пружності особистості, родини, громади. *Психологія російсько-української війни: внутрішній погляд* : матеріали Всеукраїнського круглого столу (7 квітня 2022 року) / за наук. ред. М. Слюсаревського, С. Чуніхіної, Л. Найдьонової ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології, Асоціація політичних психологів України. Київ : Талком, 2022. 52 с.
3. Кризова психологія : навчальний посібник / за ред. О. В. Тимченка. Харків : НУЦЗСУ, 2010. 401 с.
4. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
5. Порядок застосування методів психологічної і психотерапевтичної допомоги. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2019/6%28107%29/pages-5-6/poryadok-zastosuvannya-metodiv-psihologichnoyi-i-psihoterapevtichnoyi-dopomogi>
6. Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу. Наказ № 199 від від 15.04.2008. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z0577-08>

## Розділ 6

### ПРОТОКОЛИ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ EMDR

*Невідкладна психологічна допомога* – це форма раннього втручання, що надається людині, яка переживає гостру емоційну чи поведінкову реакцію на стрес. Таке втручання спрямоване на стабілізацію психічного стану або на зменшення симптомів гострого стресового стану та сприяння поверненню функціонування до попереднього рівня з метою запобігання розладам адаптації. Окрім цього, невідкладна психологічна допомога із застосуванням психотерапевтичних технологій сприяє ще й опрацюванню психотравмівного досвіду.

В умовах війни чи надзвичайної ситуації невідкладна психологічна допомога може надаватися після першої, разом із першою чи замість першої психологічної допомоги близько біля місця травмівної події, якщо є така потреба, і є підготовлені фахівці зі сфери психічного здоров'я. Під час війни така допомога може також надаватися так, як і в мирний час, якщо активується неопрацьований психотравмівний досвід: онлайн чи в обладнаних для цього приміщеннях, наприклад, у медичному закладі; під час проведення індивідуальної психотерапії чи групової роботи,.

Окрім спрямованих на надання невідкладної психологічної допомоги технологій EMDR, в Україні використовують і технології на основі інших психотерапевтичних підходів, насамперед психотравмафокусованих: соматичної терапії Пітера Левіна, травмафокусу, брейнспотінгу.

#### **EMDR – метод першого вибору для подолання наслідків травми**

EMDR (десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очима) – травмафокусований психотерапевтичний метод із потужною доказовою базою. Описаний і впроваджений американською психологинєю Френсін Шапіро, цей метод поклав початок світовій травматерапії. Передовим методом лікування посттравматичних стресових розладів EMDR сьогодні визнають Міністерство у справах ветеранів і оборони США, Всесвітня організація охорони здоров'я,

Асоціація наукових медичних спільнот Німеччини та інші численні асоціації й інститути охорони здоров'я у всьому світі.

### **Адаптивна модель опрацювання інформації**

Важкі психічні травми і стреси можуть блокувати діяльність нервової системи. У цих випадках травматичні спогади і пов'язані з ними уявлення, афективні, сомато-вегетативні і поведінкові реакції не отримують адаптивного опрацювання і зберігаються в центральній нервовій системі у формі, обумовленій пережитими станами (як *патогенні спогади*). Негативна інформація ніби «заморожується» і тривалий час може залишатися заблокованою, *консолідованою*, тобто зберігається у своєму первісному, незмінному вигляді за рахунок того, що від інших асоціативних мереж пам'яті ті нейронні мережі мозку, які забезпечують доступ до патогенних спогадів ізольовані. Внаслідок цього патогенні спогади не опрацьовуються, оскільки необхідна психотерапевтична інформація не може асоціативно зв'язуватися з ізольованою інформацією про травматичну подію (Shapiro, 1994) [2]. У результаті негативні емоції, образи, відчуття та уявлення з минулого (флешбеки, інтрузії) проникають теперішню людину, викликаючи в неї сильний душевний і фізичний дискомфорт. Якщо травматична подія відбулася недавно, то патогенні спогади ще не консолідовані і переповнюють свідомість постраждалого у вигляді гострих реакцій на стрес.

Стресові та травматичні події, а також патогенні спогади, відіграють суттєву роль у появі цілої низки психічних та психосоматичних розладів. Насамперед це (згідно з міжнародною класифікацією хвороб ICD-11 ВООЗ 2015 року) група розладів, зумовлених стресом: розлади адаптації, ПТСР, комплексний ПТСР та ускладнена реакція втрати; а також тривожні, депресивні розлади, узалежнення, розлади особистості, панічні розлади, фобії, дисоціативні розлади.

В основі EMDR терапії лежить уявлення про існування у всіх людей особливого психофізіологічного механізму – *адаптивної моделі опрацювання інформації* (AIR-модель Френсін Шапіро), яка не спрацьовує, коли стрес,

травма та інші загрози переповнюють систему самозцілення і блокують її роботу. Так буває, коли матеріалу надто багато, він дуже важкий, з'являється несподівано, а ресурсів для його опрацювання не вистачає.

EMDR терапія спрямована на **відновлення** роботи природної системи самозцілення (процесу адаптивного опрацювання інформації).

**Основні твердження AIP-моделі** [там же, с. 38]:

1. Дисфункційно збережені в пам'яті імпліцитні (неусвідомлювані) спогади – основні тригери багатьох психічних та психосоматичних розладів.

2. Патогенні спогади стають помітними через сенсорні **інтрузії** (спогади, що виникають спонтанно і вторгаються в «тут і тепер»; пам'ять тіла) та **когнітивно спотворене сприйняття**.

3. У мозку є система самозцілення, зорієнтована на розв'язання проблем. Ця система може сама опрацювати спогади (приблизно у 2/3 постраждалих це відбувається без терапії).

3. Білатеральна стимуляція (BLS) активує систему самозцілення мозку так, що та може опрацювати («**процесуалізувати**») спогад переважно без будь-якої додаткової інформації.

4. Цілеспрямована **активація патогенного спогаду** встановлює зв'язок між повсякденною свідомістю (ситуацією «тут і тепер») та дисфункційно збереженим у пам'яті спогадом.

5. Під час процесуалізації патогенного спогаду змінюються насамперед **сенсорні, афективні та когнітивні** компоненти спогаду в напрямі адаптивного рішення.

6. Результатом цього процесу є **десенсибілізація** (зменшення стресового навантаження) спогаду, нове сприйняття, зміна психологічних і емоційних реакцій, а також зміна самоусвідомлення (відновлюється почуття власної гідності) та соціальних стосунків.

**Компоненти впливу та інструменти EMDR** [3]

В EMDR можна виокремити низку чинників, що сприяють зменшенню рівня стресового навантаження.



Розглянемо деякі з них.

1. Встановленню контакту з терапевтом, поверненню в реальність і *відновленню механізму орієнтування* сприяє використання в процесі надання невідкладної допомоги механізму *біфокальної* (двофокусної) *уваги*. Людину з гострою стресовою реакцією повністю охоплюють переживання, подібні до тих, що відбувалися в травмівній ситуації: фізіологічні прояви, емоції, переконання (наприклад, що небезпека не минула), поведінка. Усе свідчить про те, що увага повністю захоплена ситуацією «там і тоді». Допомога полягає в тому, щоб повернути увагу в «тут і тепер». Це реалізується шляхом встановлення і постійного підтримування *контакту з терапевтом*, який весь час заохочує пацієнта до вербальної й невербальної взаємодії. Це сприяє корекції і зміні функціонування вегетативної нервової системи (включенню системи соціального й емоційного контакту).

Навіть якщо увага постраждалого якийсь час утримується переважно на пережитому, терапевт, здійснюючи білатеральну стимуляцію, через невербальні і паравербальні сигнали («Угу», «Добре», «Дихайте глибше») повертає його в реальність. А якщо необхідно, то за допомогою короткотривалого власного дихання терапевт підтримує контакт із потерпілим. Це сприймається як відчуття позбавлення самотності, як сигнал, що можна повертатися в «тут і тепер».

2. Використання під час проведення процедури EMDR [4] повторюваних серій рухів очей (BLS), імовірно, зумовлює *розблокування* ізольованої *нейронної мережі мозку*, в якій зберігається травматичний досвід. Такий досвід зазнає десенсибілізації і прискореного когнітивного опрацювання. Спогади з високим негативним емоційним зарядом переходять у більш нейтральну форму, а відповідні їм уявлення і переконання набувають конструктивного характеру.

3. *Робоча пам'ять* людини вміщує обмежений обсяг матеріалу доступного мозку у відповідний момент. Зовнішній подразник (BLS) відволікає потерпілого від контакту зі стресовим матеріалом. Тому стресове навантаження

зменшується.

4. **Активізація ресурсів** є неодмінною умовою різних психотерапевтичних підходів. В EMDR також вважається що на зменшення стресу та його опрацювання суттєво впливає створення нових та відновлення старих зв'язків між стресом та ресурсами.

Інструменти EMDR діляться на три сфери [3]: **протоколи, процедури та техніки**. На основі протоколів здійснюється планування терапії. Виділяють стандартні та спеціальні протоколи (для окремих діагнозів та певних груп людей).

EMDR-терапія (зокрема, невідкладна психологічна допомога) проводиться із застосуванням білатеральної стимуляції на основі класичної восьмифазової процедури – восьми послідовних **терапевтичних фаз**: 1) анамнез, побудова стосунків та планування терапії; 2) підготовка; 3) оцінювання вихідного епізоду чи спогаду; 4) десенсибілізація; 5) закріплення; 6) тілесний тест; 7) закінчення сесії; 8) повторне оцінювання.

Упродовж процедури EMDR здійснюється двостороння або **білатеральна стимуляція (BLS)** за допомогою:

- **руху очей**, викликаного горизонтальними рухами руки терапевта перед очима пацієнта з такою швидкістю, за якою той може спостерігати;

- **постукування** по долонях пацієнта (психотерапевт ритмічно і з такою ж швидкістю, як і під час проведення серій рухів очей, постукує по черзі долоні пацієнта, що лежать у того на колінах;

- **звукової стимуляції**: психотерапевт по черзі клацає пальцями то біля одного, то біля іншого вуха пацієнта.

Зазвичай під час EMDR-терапії застосовуються серії, що складаються з 24 рухів очей (туди й назад – 1 рух) [4]. Залежно від конкретної реакції пацієнта на опрацювання травматичного матеріалу, серії можуть бути збільшені до 36 рухів, а під час емоційного відреагування – до ще більшої кількості.

### **Невідкладна психологічна допомога із застосуванням EMDR**

Протоколи невідкладної психологічної допомоги з використанням EMDR

– це *спрощені структуровані форми EMDR-терапії*, доказово ефективні для покращення окремих аспектів психічного здоров'я та психосоціального благополуччя, зокрема у випадку гострої емоційної чи поведінкової реакції на стрес.

В EMDR розроблено протоколи для допомоги відразу після травматичної події людям, які не зазнали фізичного ушкодження, але страждають від гострої стресової реакції. Застосовуються модифікації стандартних протоколів та класичної процедури для роботи (Shapiro, 2014; Quinn, 2009, 2014). Такі модифікації не потребують обов'язкового знання стандартного протоколу (для Флеш-техніки таке знання не обов'язкове, але бажане). Їх можуть використовувати не тільки EMDR-терапевти, а й інші підготовлені фахівці зі сфери психічного здоров'я.

Багато українських психологів на початку повномасштабної війни вчилися надавати невідкладну психологічну допомогу в авторів протоколів EMDR. Зокрема, вивчали спрямовані на негайну стабілізацію протоколи раннього втручання Гері Квінна (ISP) і Флеш-техніку (техніку спалаху) Філіпа Менфілда й Льюїса Енгела.

Розглянемо можливий алгоритм надання невідкладної психологічної допомоги на прикладі допомоги представникам силових структур із гострою реакцією на стрес (близько біля зони бойових дій, через короткий час після травмівної події). Описуючи алгоритм ми будемо посилатися на:

- ERP-терапію Гері Квінна (*Emergency Response Procedure*) [6] – процедуру у випадку гострої реакції (*див. Додаток 4*);
- Посібник із поля катастроф (*див. Додаток 5*);
- процедуру підготовки до опрацювання травматичного досвіду – «Чотири елементи» [7] (*див. Додаток 6*).

Сьогодні немає достатніх досліджень і рекомендацій стосовно того, як проводити терапію відразу після травмівної події [5], особливо, коли йдеться про катастрофи та масове насилля (терористичні атаки чи воєнні дії). Але експерти різних країн світу визначили п'ять елементів, які допомагають

знизити рівень травматизації:

1. Уміння передати відчуття безпеки.
2. Здатність заспокоювати надмірно збуджену систему захисту.
3. Активізувати власне та колективне відчуття здатності до дії.
4. Активізувати систему прихильності до інших людей.
5. Передати надію.

Зазначені складники, а також описані вище дієві компоненти EMDR становлять основу надання невідкладної психологічної допомоги в екстрених ситуаціях із застосуванням EMDR-терапії.

### **Фаза 1. Побудова стосунків, анамнез та планування терапії**

Під час невідкладної допомоги часу на збір анамнезу, побудову стосунків та планування терапії дуже мало. Чи буде встановлений контакт і створена атмосфера безпеки, хоча б відносної, чи вдасться заспокоїти перезбуджену систему захисту (насамперед вегетативну нервову систему) і вселити надію, найперше залежатиме від *стану психолога* (чи того, хто допомагає).

Недаремно в правилах надання першої психологічної допомоги зазначено: «Якщо ви відчуваєте страх, роздратування, гнів, огиду чи загалом неприйняття людини, покличете на допомогу іншого». Дискомфортні почуття, такі переживання за іншого, як жаль, печаль, смуток, часто набувають форми зверхнього співпереживання. Об'єкт співпереживання сприймається як жалюгідний.

Якщо таке сприйняття домінує, то навіть правильні слова і правильні дії не будуть сприйняті. Постраждалий реагуватиме насамперед на стан того, хто поруч, а вже потім на сказане: на неусвідомлюваному рівні спрацьовує механізм взаємодії правих півкуль мозку. Американський нейробіолог Аллан Шор опублікував дослідження про міжпівкульну взаємодію правих півкуль матері й дитини, психотерапевта і клієнта [1]. Дослідник зазначає, що здатність бути *спостережливим, емпатійним і приймати людину* прямо та безпосередньо регулює мозкову активність клієнта (дитини) без усвідомлення ним цього.

Той, хто надає невідкладну психологічну допомогу, має бути в стані, що його описала доктор Френсін Шапіро [цит. за б]:

- «зберігати позицію **відстороненого співчуття**» стосовно потерпілого;
- бути емпатійним, уміти *«запитати себе, якої підтримки мені хотілося б, якби мене раптом переповнили емоції та фізичні відчуття дитячого жаху»*;
- потерпаючому важливо, якщо психолог *«спокійний, турботливий, не здивований змістом сказаного, підтримує будь-які прояви (незалежно від того, наскільки інтенсивно вони виражені) і несе відповідальність за безпеку в цій ситуації»*.

Ізраїльські фахівці (Тренінг «NATAL» на основі навчальної програми «Israel Trauma And Resilience Center») також акцентують увагу на емпатії – свідомому розумінні внутрішнього світу і стану іншої людини, здатності до співчуття. Вони виділяють **когнітивну емпатію** – здатність розуміти погляди інших, що ґрунтується на спробі уявити, в якій ситуації перебуває людина, зрозуміти її почуття без осуду і критики, поспішних порад і дій. **Емоційна емпатія** – це здатність відчувати стан іншої людини.

Емпатія принципово відрізняється від симпатії/антипатії і жалю. Для емпатичної підтримки потрібно:

- активно слухати іншу людину зі щирим інтересом та повагою до її досвіду;
- вміти слухати, не перебиваючи;
- намагатися ставити відкриті питання, на які неможливо дати відповідь («так» або «ні»);
- не осуджувати;
- налаштуватися на співрозмовника;
- відгукнутися власними асоціаціями, навіть якщо особисто нам ситуація не близька;
- ставитися до почутого, як до нового унікального досвіду;
- бути відкритим і розуміти, що скільки людей, стільки і ситуацій, у

кожного своя унікальна палітра почуттів і емоцій, а нам пощастило бути лише очевидцями.

Отже, здатність встановлювати і підтримувати контакт залежить від стану й особистого досвіду того, хто допомагає, і відіграє вирішальну роль у створенні атмосфери безпеки, за якої можливі стабілізація й опрацювання травмітного досвіду.

**Встановлення контакту, початок розмови.** Залежно від ситуації починайте розмову, опираючись на матеріал викладений у *Розділі 5 та Додатках 4, 5*. Познайомтеся. Спробуйте відновити орієнтувальний рефлекс. **Зорієнтуйте на спілкування:** представтеся, запитайте співрозмовника, як можна до нього звертатися.

**Зорієнтуйте в ситуації:** розкажіть, що було нещодавно? Що відбувається зараз? Що буде незабаром? Наприклад:

– *Ви себе недобре почували, і вас привезли сюди побратими (волонтери, командир тощо). Вони вже поїхали звідси.*

– *Ви зараз у кабінеті психолога. Поруч є душ, кімната, де ви зможете переночувати.*

– *Я буду з вами. А зараз давайте трохи поспілкуємося (попрацюємо).*

**Анамнез.** Скільки часу потрібно збирати анамнез і чи збирати його взагалі – залежить від стану потерпілого. Якщо стан вимагає термінової стабілізації, то діємо згідно з протоколом «На полі катастроф» (див. *Додаток 5*). Якщо стан не такий критичний, і збираючи анамнез, ми заспокоюємо людину, активуємо її раціональне мислення, будуємо стосунки, то можна приділити цьому деякий час.

Якщо постраждалий потрапляє у медичний заклад [5]: 1) спочатку коротко запитують про подію; 2) потім – про попередні захворювання; 3) попередні травматизації; 4) медикаментозне лікування; 5) після цього з'ясовують, які є актуальні скарги.

Така послідовність може змінюватися залежно від ситуації. Зазвичай постраждалого спочатку дуже коротко запитують про подію (1). Якщо це

військовослужбовець, і вже відомо, що з ним сталося (від тих, хто його супроводив, із листа чи телефонної розмови), то можна запитати, що турбує. Якщо людина починає розповідати про подію, не ставлять уточнювальних запитань, не розпитують про деталі, а переходять до визначення актуальних скарг (5). (Якщо постраждалий захоче, то детальніше поговорити про те, що відбулося, можна буде після стабілізації стану.)

Важливо з'ясувати (і бажано зафіксувати письмово): які скарги зараз? (виділити симптоми гострих стресових реакцій, див. Додатки 2, 3); як часто бувають стресові реакції, скільки разів на добу? (Зменшення кількості реакцій у майбутньому свідчатиме про поліпшення стану); як давно погіршився стан? Розлад може початися раніше, а після останньої події лише загостритися. Тоді в основі розладу лежатиме матеріал інших травматичних подій. І ми зможемо зафіксувати попередні травматизації (3).

Щоб визначити ризик ПТСР, можна скористатися «Анкетою збору травматичного матеріалу» (див. Додаток 7). Потрібно також запитати про контузію (див. Додаток 1) та інші наявні захворювання (2), а також, яка допомога надавалася, які препарати (ліки, вітаміни, біодобавки тощо) були рекомендовані (4).

Визначивши попередні травматичні події (якщо це не перша така подія), можна обрати найважчу з них і провести, краще у формі бесіди методику «Опитувальник перитравмівної дисоціації» (див. Додаток 8).

Планувати подальшу терапію можливо лише орієнтуючись на ситуацію і на результати наданої невідкладної допомоги.

## **Фаза 2. Підготовка. Стабілізація**

**Попередня підготовка** до опрацювання у випадку надання невідкладної допомоги може розпочинатися під час збирання анамнезу, коли ми **нормалізуємо реакції і симптоми**. Психолог зазначає характерні для постраждалого фізіологічні чи поведінкові прояви і коментує, чому це відбувається (див. розділ 4).

*У вас швидко б'ється серце, прискорене дихання – тому що організм до цього часу очікує на небезпеку. Це нормальна реакція.*

**Основну підготовку** (психоедукацію) в екстремальній ситуації досить детально описано в протоколі «На полі катастроф» (див. Додаток 5). Під час цієї психоедукації коротко інформують про початок білатеральної стимуляції (*Я буду стукати по ваших колінах* (чи по долонях або кистях, що лежать на колінах); пояснюють, для чого це роблять (*«це допоможе вам почувати себе спокійніше»*), й отримують усний дозвіл.

Якщо ситуація дозволяє, то перед основною психоедукацією, потрібно зробити медичну і психічну стабілізацію.

**Медична стабілізація.** Спочатку потрібно запитати, чи не було після останньої події фізичних ушкоджень, чи обстежував постраждалого лікар? Поміряти тиск, якщо необхідно, то і температуру і далі діяти по ситуації (можливо, необхідне термінове медичне обстеження чи госпіталізація). Якщо людина надто збуджена, можна запропонувати легкий заспокійливий засіб, (наприклад, «Карвеліс»); якщо говорить, що холодно – плед, пляшку з теплою водою тощо.

**Психічна стабілізація.** Є багато різних технік впливу на тіло чи на уяву, що змінюють психофізіологічний стан. Їх можна застосовувати на етапі психічної стабілізації. Після закінчення сесії техніки, які допомогли клієнту, рекомендують застосовувати в подальшому для саморегуляції.

В EMDR є традиційні стабілізаційні техніки, наприклад, «Безпечне місце». Проте надаючи невідкладну психологічну допомогу, застосовують **процедуру «Чотири елементи»** (див. Додаток 6) у повному обсязі чи деякі техніки. Нижче викладено техніки психологічного впливу відповідно до алгоритму процедури «Чотири елементи».

1. Перша група технік процедури «Чотири елементи» спрямована на **заземлення**. Якщо людина емоційно перезавантажена, її слід **повернути у реальність**, «заземлити». Технології заземлення можна використовувати не тільки спочатку, а й на будь-якому етапі сесії, якщо постраждалий



«відключається». Наприклад, запитати: *«Ви мене чуєте?»*. Сказати: *«Мене звати...»*, *«Ми в кабінеті психолога»* тощо

Можна запропонувати походити по кімнаті, зробити якусь вправу, вмитися холодною водою чи потримати руки в холодній воді. Сенсорна стимуляція зазвичай швидко повертає в реальність.

**2. Дихальні техніки** є важливим компонентом швидкої стабілізації. Важливо, щоб психолог мав досвід стабілізації власного стану за допомогою дихальних технік, а під час освоєння техніки постраждалим на етапі підготовки і в подальшому (якщо є така необхідність) дихав разом із клієнтом, стабілізуючи свій і його стан. Особисто я в ситуації невідкладної допомоги люблю пропонувати заспокійливе дихання зі звуками: довгий видих зі звуком *«Ху-у-у-у...»* (на вдихові увага не акцентується). До цього можна підключати уяву. Наприклад, *«В Україні говорять «Ху-у-у-у...» після того, як складна ситуація скінчилася. Коли ви так дихаєте, відпускайте минуле: думки, спогади... Продмухуйте їх і відпускайте...»*.

**3. Техніки для швидкої релаксації.** Ефективною технікою для швидкої релаксації є контрольоване ковтання [1]. Людина з гострою реакцією на стрес бере склянку води і робить 25 маленьких ковтків. Після кожного ковтка повільний спокійний видих (можна зі звуком *«Ху-у-у-у...»*). Вже через лічені хвилини відбувається відчутне заспокоєння. Важливо запропонувати потерпілому в майбутньому за потреби пити маленькими ковтками воду, щоб регулювати свій стан.

**4. Техніки на активацію ресурсного стану.** Для активації ресурсного стану можна запропонувати техніку «Безпечне місце» і «Метелик». Але можна також попросити клієнта розказати про те, що його радує і підтримує зараз, радувало і підтримувало раніше. Це може бути відпочинок, картини природи, домашні тварини, члени сім'ї, прогулянки лісом, катання на лижах, танці, улюблене заняття (наприклад, приготування їжі). Коли людина починає розповідати, ми підтримуємо бесіду, уточнюємо деталі і з перших речень

починаємо білатеральну стимуляцію (повільне простукування) для закріплення стану.

Важливо, щоб люди, які перебувають в екстремальних ситуаціях чи страждають від гострих стресових проявів, освоїли кілька методів самопомоги. Зазвичай досить одного-двох ефективних методів, щоб стабілізувати гострі стани. Якщо є така можливість, то варто пояснити близьким (рідним, друзям), як вони можуть допомогти у разі прояву стресових симптомів.

### **Фаза 3. Оцінювання**

Етап оцінювання EMDR у роботі з гострою стресовою реакцією спрощений. Цю процедуру детально описано у додатках 4 і 5.

1) Психолог не запитує про тілесні відчуття, а лише спостерігає за психофізіологічними проявами (*див. розділ 4*).

2) Щоб визначити інтенсивність переживань, перед опрацюванням і в кінці опрацювання запитують, який рівень дискомфорту, SUD (*див. розділ 4*) людина **відчуває зараз**. Не той, що відчувала під час події чи сьогодні вранці, а саме зараз, після розмови з вами.

Скажіть: *«За шкалою від 0 до 10, де 0 – відсутність занепокоєння або нейтральний стан, а 10 – найвищий рівень занепокоєння, який можете собі уявити, то яке занепокоєння ви відчуваєте зараз?»*.

3). Опрацювання [2] сприйняття, пов'язаного з травмівною подією, посилює ефект опрацювання травми. Негативні переконання можна розглядати, як вияв не повністю опрацьованих відчуттів та емоцій, породжених психотравмівною ситуацією. Спеціально під час роботи з гострими стресовими реакціями не запитують про негативні переконання (сприйняття NC). Але якщо постраждалий про них говорить, це дає змогу відшукати позитивні сприйняття (PC). Якщо негативні переконання не озвучуються, можна переходити до наступної фази і відпрацьовувати афективний стан.

4). Під час проведення стандартної процедури [*там же*], намагаються, щоб клієнт сам обрав позитивне сприйняття (PC), даючи собі відповідь на питання: *«Як би мені хотілося думати про психотравмівну подію, про себе в*

зв'язку з цією подією?». У випадку роботи з гострою стресовою реакцією, психолог може сам запропонувати відповідне позитивне твердження. Твердження мають бути правдиві. Не підходить, наприклад, такий варіант: (NC) «Мене не поважають у підрозділі», – (PC) «Мене всі поважають». Краще сказати: (PC) «Мої друзі мене поважають».

### **Приклади думок/переконань:**

Я безпорадний/на – Я можу сьогодні щось зробити.

Я винен/винна (мав/мала б щось зробити) – Я зробив/зробила, що міг/могла

Я зробив/ла щось не так – Я виніс/ винесла з цього урок.

### **Фаза 8. Повторне оцінювання**

Фази 4–7 детально описані у додатках 4, 5. Щодо повторного оцінювання, то його можна зробити через кілька годин після надання допомоги або під час другої зустрічі. Якщо такої можливості не буде, то потрібно хоча б домовитися про телефонну розмову, аби з'ясувати, яке самопочуття у людини, і підтримати її.

**Замість висновку.** Вчитися надавати невідкладну психологічну допомогу, безсумнівно, потрібно на тренінгу. Але якщо такої змоги немає, а надавати допомогу доводиться, то сподіваюся, що знайомство з кращими світовими технологіями роботи в екстремальних ситуаціях розширить ваші можливості.

### **Література**

1. Вебер Т. Травмафокус. Спеціалізований психотерапевтичний метод для роботи зі стресом, травмою та хронічним болем. Харків : Литера Нова, 2020. 164 с.
2. EMDR терапія наслідків психотравми : практичний посібник / за ред. А. Гофманна. Свічадо. 257 с.
3. Мюнкер-Краммер С. Терапія психологічної травми за допомогою EMDR. Львів : ВНТЛ – Класика, 2020. 198 с.
4. Первинна психологічна допомога і реабілітація в бойових умовах : навчально-методичний посібник / А. М. Романишин, О. В. Бойко, І. М. Гузенко. Львів : АСВ, 2014. 140 с.

5. Раст К., Гофманн А. EMDR у терапії гострої травми / EMDR терапія наслідків психотравми : практичний посібник / за ред. А. Гофманна. Свічадо, 2017. 257 с.

6. Quinn, G. (In press). Emergency Response Procedure Summary Sheet. In M. Luber (Ed.), *Implementing EMDR Early Mental Health Interventions/or Man-made and Natural Disasters: Models, Scripted Protocols and Summary Sheets*. New York: Springer Publishing Company. URL: <https://emdrtherapyvolusia.com/wp-content/uploads/2016/12/Emergency-Response-Procedure.pdf>

7. Thomas, R., (2014, 2018). EMDR Early Intervention and Crisis Response: Researcher's Toolkit. URL: <https://www.emdrfoundation.org/wp-content/uploads/2018/01/toolkit-with-appendices.pdf>

## ДОДАТКИ

Додаток 1

### ОЗНАКИ І СИМПТОМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Головні болі	Запаморочення	Проблеми з пам'яттю
Проблеми з координацією тіла	Дзвеніння у вухах	Проблеми зі сном
<b>Важко добирати слова</b>	Важко читати	<b>Важко зосередитися</b>
Проблеми із зором	<b>Дратівливість, спалахи гніву</b>	<b>Імпульсивність</b>
Непередбачуваність	Нав'язлива/компульсивна поведінка	Відсутність гнучкості мислення (прямолінійність)
<b>Занепокоєння</b>	Підвищена чутливість до світла, дотику, звуку	Розгубленість, легка дезорієнтація
<b>Депресія</b>	<b>Негативне світовідчуття</b>	<b>Ізоляція від суспільства</b>
Уповільнення чи ускладнення рухів	<b>Зниження здатності до критичного оцінювання</b>	Проблеми з мовленням
Судоми	Втрата смаку чи нюху	<b>Зміни у статевій сфері</b>
<b>Обмеження діапазону почуттів</b>	<b>Уникання спілкування, замикання в собі</b>	

Додаток 2

### ІНФОРМАЦІЯ ПРО РЕАКЦІЮ НА ТРАВМУ

Адаптовано за: [Lerner, M. D.](#), & [Shelton, R. D.](#) (2005). Comprehensive acute traumatic stress management – CATSM. Commack, N.Y. : American Academy of Experts in Traumatic Stress.

Зазначені нижче гострі стресові реакції переживають люди під час травматичної події. Це нормальні реакції на аномальну подію. Проблеми й розлади починаються тоді, коли ці реакції тривають тижні, місяці та роки після травматичних подій, і до них приєднуються інші симптоми, як-от повторювані тривожні сни, спогади, поведінка уникнення та дисоціації.

### **Емоційні реакції**

1. Шок. 2. Підвищена тривожність, гіперактивність. 3. Приголомшення, емоційне оніміння. 4. Апатія. 5. Заперечення, дисоціація, амнезія. 6. Відчуття нереальності. 7. Паніка. 8. Страх. 9. Інтенсивне відчуття самотності. 10. Безнадія. 11. Безпорадність. 12. Відчуття порожнечі. 13. Невизначеність. 14. Жах. 15. Проблеми переживання позитивних емоцій. 16. Спалахи гніву. 17. Ворожість, почуття образи. 18. Дратівливість. 19. Депресивний стан, відчуття туги, смутку. 20. Горе. 21. Почуття провини.

### **Фізіологічні реакції**

1. Прискорене серцебиття. 2. Підвищений кров'яний тиск. 3. Утруднене дихання.\* 4. Симптоми шоку.\* 5. Біль у грудях.\* 6. Серцебиття.\* 7. Напруження м'язів, неспроможність розслабитися, болі. 8. Підвищена втомлюваність. 9. Втрата свідомості. 10. Почервоніле обличчя. 11. Бліде обличчя. 12. Морозить. 13. Холодна шкіра, холодні кінцівки. 14. Підвищене потовиділення. 15. Спрага. 16. Запаморочення. 17. Втрата свідомості. 18. Гіпервентиляція. 19. Головний біль чи болі в тілі. 20. Скреготання зубами. 21. Розлад шлунково-кишкового тракту. 22. Завмирання, «заморожування».

*\* Вимагає негайної медичної допомоги*

### **Когнітивні реакції**

1. Порушення концентрації. 2. Плутиана. 3. Дезорієнтація. 4. Труднощі під час прийняття рішень. 5. Коротке утримання уваги. 6. Навіюваність. 7. Вразливість. 8. Забудькуватість. 9. Самозвинувачення. 10. Звинувачення інших. 11. Зниження самооефективності. 12. Думки про втрату контролю. 13. Гіперпильність. 14. Постійні думки про інцидент; відтворення того, що сталося, знову й знову.

### **Поведінкові реакції**

1. Виведення з рахунків коштів. 2. Труднощі у спілкуванні. 3. Зміна мовлення: уповільнене або занадто швидке. 4. Регресивна поведінка. 5. Нестійкі рухи. 6. Імпульсивність. 7. Небажання відмовлятися від власності. 8. Безцільне

ходіння. 9. Нездатність сидіти на місці. 10. Підвищена конфліктність. 11. Антисоціальна поведінка. 12. Амнезія, часткова або повна.

### Духовний стан

1. Гнів і віддалення від Бога. 2. Відмова від відвідування служб; гнів на духовенство. 3. Несподіване навернення до Бога. 4. Збільшення активності в релігійній громаді. 5. Більше часу витрачається на молитву, читання Писання, псалмів. 6. Молитва не втішає, як це було раніше. 7. Життя порожнє, без сенсу. 8. Бог безсилий: людина відчуває себе незахищеною і покинутою. 9. Зміна переконань. 10. Це сталося зі мною, тому що мене карають.

Додаток 3

### РЕАКЦІЇ НА ТРАВМІВНІ ПОДІЇ

Фізичні	Когнітивні	Емоційні	Поведінкові
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Утруднене дихання;</li> <li>• запаморочення;</li> <li>• підвищений кров'яний тиск;</li> <li>• непритомність;</li> <li>• втома;</li> <li>• скреготання зубами;</li> <li>• головний біль;</li> <li>• тремтіння;</li> <li>• нудота;</li> <li>• біль;</li> <li>• сильне потовиділення;</li> <li>• швидке серцебиття;</li> <li>• нервові посмикування;</li> <li>• слабкість</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Звинувачення інших;</li> <li>• змінена (надмірна) настороженість;</li> <li>• збентеження;</li> <li>• гіперпильність;</li> <li>• підвищення або зниження рівня усвідомлення реальності;</li> <li>• інтрузивні образи;</li> <li>• проблеми з пам'яттю;</li> <li>• кошмари;</li> <li>• погане абстрактне мислення;</li> <li>• погана увага;</li> <li>• погана концентрація;</li> <li>• утруднене прийняття рішень;</li> <li>• утруднене</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Збудження;</li> <li>• тривога;</li> <li>• недобре передчуття;</li> <li>• відмова (заперечення);</li> <li>• депресія;</li> <li>• емоційний шок;</li> <li>• страх;</li> <li>• переобтяження;</li> <li>• горе;</li> <li>• почуття провини;</li> <li>• неадекватні емоційні реакції;</li> <li>• дратівливість;</li> <li>• втрата контролю над емоціями</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зловживання алкоголем;</li> <li>• асоціальні вчинки;</li> <li>• зміни у діяльності;</li> <li>• зміни у спілкуванні;</li> <li>• зміни у сексуальній активності;</li> <li>• зміни у мовленнєвих шаблонах;</li> <li>• неможливість відпочивати;</li> <li>• зміна апетиту;</li> <li>• безцільне ходіння туди-сюди;</li> <li>• посилення старт-рефлексу (здригання);</li> <li>• підозрілість;</li> <li>• соціальне відчуження</li> </ul>

	вирішення проблем		(ізоляція)
--	----------------------	--	------------

Додаток 4

## ПРОЦЕДУРА РЕАГУВАННЯ НА НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ

Quinn, G. (In press). Emergency Response Procedure. In M. Luber (Ed.), *Implementing EMDR Early Mental Health Interventions for Man-made and Natural Disasters: Models, Scripted Protocols and Summary Sheets*. New York: Springer Publishing Company. URL: <https://emdrtherapyvolusia.com/wp-content/uploads/2016/12/Emergency-Response-Procedure.pdf>

ERP-терапія, невідкладна психологічна допомога на основі EMDR, надається людям із гострою стресовою реакцією (48 годин після травмивної події).

У частини тих, хто після травмивної події переживає гостру стресову реакцію (ASR), пізніше буде спостерігатися перехід від гострої стресової реакції до гострого стресового розладу (ASD). За даними Briere та Scott (2006), у 80% тих, у кого симптоми спочатку були досить серйозними і відповідали критеріям ASD, буде посттравматичний стресовий розлад (PTSD) і через шість місяців після подій, тоді як у 60–70% буде все ще спостерігатися посттравматичний стресовий розлад (PTSD) і через два роки після подій.

Пацієнтам, у яких SUD 3–7 балів із 10, ERP-терапія може бути корисною, але часто потерпілі з цієї групи можуть заспокоїтися самостійно. Тому ефективніше, щоб спеціалісти-практики ERP-терапії працювали з пацієнтами, які переживають «стан сильного збудження» (SUD 7-10/10), а також із тими, хто перейшов у «стан тихого страху» (SUD 10 + із 10).

**«Стан сильного збудження (гіперзбудження)».** Людина перебуває у стані сильного збудження, її внутрішня система саморегуляції не може вимкнути механізми активації, хоч небезпека вже й минула.

Коли симпатична нервова система активується, у людей з'являються такі симптоми, як плач, крик, твердження, що вони в небезпеці, підвищене збудження, дратівливість, погана концентрація, підвищена пильність. Такі



потерпілі ніколи не мовчать. Працівники служб надзвичайних ситуацій зазвичай швидко помічають людей у такому стані, оскільки ті спричиняють надмірний шум. У стані гіперзбудження потерпілі не можуть відтворити цілісну історію пережитого; їм важко усвідомити, що загрози вже немає, тому вони часто поведуться так, ніби перебувають у небезпеці.

У певному сенсі ERP-терапія запускає систему саморегуляції пацієнта шляхом перезавантаження та повернення його до стану *спокою*, який настає *після усвідомлення, що небезпека минула*.

Поведінкові показники цього відносно спокійного стану можуть включати:

- орієнтування в теперішньому часі;
- взаємодію зі службами швидкого реагування, родиною та друзями;
- формування запитів про місцезнаходження членів родини;
- розмови про намір залишити місце надання допомоги;
- обговорення наступних кроків та виконання домовленостей;
- розгляд можливих умов проживання/перебування (якщо це необхідно).

*Стан «тихого страху»*. Крім «стану сильного збудження», потерпілі можуть переживати стан «тихого страху», який характеризується пригніченим виглядом, тремтінням та (або) нездатністю говорити. Ті, хто переживає стан тихого страху, отримують 10+ балів за SUD-шкалою. Під час травматичної події симпатична нервова система включає нормальну реакцію на небезпеку «бий або тікай». Однак, якщо людина не може опиратися або втекти, спрацьовує парасимпатична система, і маємо реакцію «заморожування», «завмирання» або «тихого страху».

ERP-терапія однаково ефективна для представників обох зазначених вище груп. Спочатку автор вважав, що ERP-терапія не буде корисною для тих, хто перебуває у стані «тихого страху». Оскільки такі потерпілі мовчали, їх часто ігнорували під час активних рятувальних заходів. Вони просто лежали на землі або на ношах і, здавалося, не страждали, як і пацієнти відразу після

оперативного втручання. Помилково вважалось, що такі потерпілі не потребують негайного втручання.

Одного разу, працюючи на місці надзвичайної події, автор використав ERP-терапію для кількох людей, які демонстрували стан «тихого страху». Твердження *«Тепер ви в безпеці»* супроводжувалося двосторонньою стимуляцією (BLS) і було по-справжньому позитивно сприйняте потерпілими. Пізніше, коли ці пацієнти вже могли розповідати, вони повідомили, що чули слова, хоча, здавалося б, і не реагували на те, що їм говорили. Тому що в цей час багато хто насправді переживав повторювані спогади про нещодавні травматичні події. Вони говорили, що були страшенно налякані і не могли спілкуватися з кимось про це.

Після ERP-терапії такі потерпілі починали говорити й демонструвати поведінку, подібну до поведінки людей, у яких спостерігався збуджений стан. Автор продовжував говорити: *«Ви в безпеці, зараз вам надається невідкладна допомога, з вами все гаразд»*, поки їхнє хвилювання не стихало. Під час наступних опитувань ці потерпілі зрозуміли, що в стані «тихого страху» вони були у дуже збудженому стані, але не могли говорити (тому застосовується термін стану «тихий страх»).

Ймовірно, що ERP-терапія активує систему адаптивного опрацювання інформації. Після того, як небезпека минула, системи адаптивного опрацювання інформації (AIP) потерпілих були розблоковані і з'явилася можливість опрацювати реальність: *«Зараз я у безпеці»*. Введена в дію система адаптивного опрацювання інформації поверталася до нормального функціонування.

### **Терапевтична концепція ERP**

ERP – це стисла процедура, під час якої психолог підтримує рішучу і впевнену позицію, що резонує з істиною про те, що ця *подія в минулому*, а потерпілий – у сьогоденні. Використовуючи ERP-терапію, психолог має бути в стані, описаному доктором Francine Shapiro (2001) стосовно роботи з пацієнтами під час абреакції (абреакція – повторне переживання травмивної

події, що супроводжується проявом надмірних стримуваних емоцій): «Лікар повинен зберігати позицію відстороненого співчуття стосовно пацієнта.

*Щоб підвищити відчуття безпеки пацієнта, дотримуйтеся "золотого правила" "Вчиняти з іншими так, як би хотілося, щоб чинили з вами". Тобто лікар повинен запитати себе, якої підтримки він хотів би, якби його самого раптом наповнили емоції та фізичні відчуття дитячого страху. Відповідь, імовірно, розкриє важливість чогось, що створює атмосферу піклування та довіри й змушує лікаря відчувати, що продовжувати діяти безпечно. Виходячи з цього припущення, пацієнта потрібно постійно запевняти, що лікар спокійний, турботливий, не здивований змістом абреакції, підтримує будь-які прояви (незалежно від того, наскільки інтенсивно вони виражені), і несе відповідальність за безпеку в цій ситуації» (Francine Shapiro, 2001).*

Постійно присутній лікар і слова підтримки, які він весь час повторює, мають сильний базовий вплив на потерпілих після серйозних інцидентів. Це допомагає пацієнту переорієнтуватися, повернутися у теперішній час. Слова лікаря, зоровий контакт та BLS (білатеральна стимуляція) є додатковими елементами, що допомагають міцніше фіксуватися у теперішньому часі і в відносно безпечному місці.

### **Ознайомлення з історією потерпілого**

ERP-терапія корисна для постраждалих, яким важко розповісти історію в повному обсязі; для тих, хто перебуває у стані тихого страху і спочатку не може нічого сказати, тоді як у пацієнтів у стані сильного збудження є труднощі з викладенням історії. Якщо пацієнт не може спілкуватися, інформацію про інцидент розповідають спеціалісти невідкладної допомоги або персонал лікарні. Більш повне уявлення про безпосередню травму можна скласти після того, як пацієнт почне говорити; коли за допомогою ERP-терапії зможе ефективно орієнтуватись у теперішньому (пацієнту не загрожують нещодавні небезпечні події).

## Оцінювання

У стандартному протоколі EMDR на етапі оцінювання пацієнту пропонується повний доступ, на всіх рівнях, до власної пам'яті про подію. Через сильне збудження в стані гострої стресової реакції (ASR) пацієнти глибоко занурені у свій внутрішній світ, і в них є повний доступ до пам'яті на сенсорному, емоційному та тілесному рівнях. Тому формальний етап оцінювання EMDR не є необхідний. Неформальне оцінювання відбувається так:

- наприклад, початкове **негативне сприйняття** (NC): «Я в небезпеці» або «Моя сім'я чи друзі в небезпеці»;
- допустиме початкове **позитивне сприйняття** (PC): «Я (вони) зараз у безпеці від впливу цієї (конкретної психотравмивної) події»;
- термін «від цієї події» додається, щоб забезпечити правдивість PC, враховуючи постійну небезпеку (наприклад, у ситуації війни, тероризму, стихійного лиха);
- передбачувана емоція – сильний страх або жах;
- передбачається, що суб'єктивні одиниці дискомфорту (занепокоєння) SUD тримаються на рівні 7–10 + або близькі до цих значень, де 0 – відсутність занепокоєння, а 10 – найвищий ступінь занепокоєння, який можна уявити.

**Тілесні відчуття.** Психолог спостерігає за тілесними відчуттями потерпілого, як-от м'язове напруження, кататонія, неконтрольоване тремтіння, прискорене дихання тощо.

## EMDR та позитивне сприйняття

Пропонуючи позитивне сприйняття стосовно серйозних інцидентів, автор зрозумів, що недостатньо сказати: «Зараз вам нічого не загрожує», щоб допомогти пацієнтам повернутися у сьогодення. «Ні, я в небезпеці; ракети все ще летять, а бомби все ще вибухають», – часто відповідали вони. Однак зі словами: «Зараз вам не загрошують колишні події» пацієнти могли заспокоїтися, переорієнтуватися і розглядати це твердження як дійсно

позитивне. Слова: *«Все закінчилося»* посилювало твердження: *«Зараз вам не загрожують колишні події»*.

Відчуття теперішньої безпеки порівняно з минулими подіями допомогло пацієнтам у майбутньому впоратися з подіями, під час яких вони знову могли б опинитися у небезпеці.

### **Двостороння (білатеральна) стимуляція (BLS)**

Двостороння стимуляція (BLS), що використовується під час етапу десенсибілізації ERP-терапії, заснована на EMDR-концепції **біфокальної (двофокусної) уваги**. Пацієнт уже має доступ до минулої події так, ніби вона відбувається зараз (**перший фокус уваги**), і це є причиною його страждання. Але зараз пацієнт, наприклад, перебуваючи в відділенні невідкладної допомоги (ER), у безпеці (**другий фокус уваги**) і йому тут не загрожують недавні травмівні події. Двостороння стимуляція (BLS) використовується в поєднанні з фразою: *«Зараз вам не загрожують колишні події»*.

**Тип BLS** (білатеральної стимуляції). У ERP-терапії використовується **постукування**, оскільки воно не вимагає активної взаємодії.

**Швидкість BLS.** Двостороння стимуляція проводиться з такою швидкістю, за якою може стежити пацієнт, або зі змінною швидкістю, щоб утримувати пацієнтів «тут і тепер». Хоча під час EMDR-терапії пацієнти можуть заплющувати очі під час постукування, під час ERP-терапії краще тримати очі розплющеними, щоб забезпечити орієнтацію у теперішньому часі.

Після того, як пацієнт знову почне говорити або зможе почати виконувати інструкції, двостороннє постукування разом зі спостереженням за рухом руки може бути потужною комбінацією дій. Слід зазначити, що пацієнти, які стежать за рухом руки, часто не в змозі встигати за таким швидким рухом, як у випадку, коли застосовується окремий одна техніка BLS. Тому швидкість слід зменшити, щоб пацієнт встигав стежити.

Звукова (слухова) двостороння стимуляція (BLS) використовується рідко, оскільки шум може викликати відчуття нещодавньої небезпечної ситуації, наприклад звук падіння ракети або катастрофи. Якщо рух очима або

постукування недоступні або некорисні, можна обережно (і тихо) спробувати застосувати звукову двосторонню стимуляцію (BLS).

### **Кінцева мета ERP-терапії**

Пацієнти, які спочатку це заперечували, визнають, що зараз вони в безпеці та продемонструють мову тіла, що відображає заспокоєння. У більшості пацієнтів все ще буде певне збудження. Це можна вважати хорошим результатом для їхнього теперішнього стану.

Ціль ERP-терапії досягається, коли пацієнти:

- визнають, що вони в теперішньому часі;
- демонструють відновлення здатності до вербального спілкування;
- їхня мова тіла свідчить про спокійніший стан;
- стан стресового навантаження за шкалою SUD: (SUDs = 3–5/10)

### **Вихід за межі питання безпеки до питання відповідальності**

Є ситуації, коли прийняття того, що конкретна небезпека минула, і зараз ситуація безпечна, буде недостатньо, щоб знизити рівень занепокоєння нижче 3–5/10. На цьому етапі пацієнт більше не перебуває в стані «тихого страху» (який, можливо, було знято за допомогою ERP-терапії через встановлення теперішньої безпеки від загрози впливу подій у минулому). У таких випадках клієнти найчастіше *говорять*, але все ще *можуть бути дуже збуджені*. Це часто трапляється, коли виникає проблема відповідальності або відсутності контролю та вибору (тобто після невдалих спроб порятунку). У таких випадках акцент на безпеку може не ставитися.

Скажіть: «Я \_\_\_\_\_ (назвіть своє ім'я). *Що з вами трапилося, що привело вас зараз сюди?*»

**Примітка.** Якщо пацієнт може говорити, відбувається вербальне спілкування, зазвичай це коротка відповідь пацієнтів про пережите. Це допомагає встановити рівень розуміння і зв'язку з сьогоденням. Для тих пацієнтів, які не відповідають, потрібно перейти до Етапу 2. Підготовка.

## **Етап 2. Підготовка**

### **Початкова підготовка (психоедукація)**

Якщо пацієнт неконтрольовано тремтить або відчуває, що перевантажений, необхідно **нормалізувати** цю поведінку і зменшити страждання під час десенсибілізації.

Скажіть: *«Те, що ви тремтите, у вас швидко б'ється серце, прискорене дихання (або будь-які інші ознаки, що спостерігаються у пацієнта) – це звичайний здоровий спосіб боротьби організму з небезпечною ситуацією».*

### **Основна підготовка** (психоедукація)

Стисло поясніть, що ви збираєтеся робити (опишіть EMDR).

Скажіть: *«Я використаю техніку, засновану на природному механізмі подолання сильних емоційних переживань. Ця техніка подібна до природного стану сну, коли очі швидко рухаються туди-сюди. Це допоможе вам заспокоїтися і повернутися в сьогоднішня. Я попрошу вас очима стежити за моїми пальцями, або з вашого дозволу я постукаю по ваших руках. Якщо ви захочете, щоб я зупинився, просто підніміть руку або скажіть: «Ні». Це вас влаштовує?».*

Якщо пацієнт не відповідає, додайте таке:

Скажіть: *«Я розумію, що ви дуже стурбовані пережитою подією, і зараз вам важко говорити. Я вважатиму, що ви погоджуєтесь, щоб я вам допоміг, якщо ви не скажете “ні” або не похитаєте головою на знак заперечення».*

**Примітка.** Якщо є ймовірність, що травмована шия, не просіть хитати головою.

### **Етап 3. Оцінювання**

Етап формального оцінювання EMDR у роботі з гострою стресовою реакцією не є необхідним, а неформальне оцінювання відбувається за умови:

а) негативного сприйняття (NC) = *«Я у небезпеці»* або *«Моя родина чи друзі в небезпеці»*; початкове позитивне сприйняття (PC) = *«Я (вони) зараз у безпеці від цієї події»*; емоція = сильний страх або жах;

б) SUD (суб'єктивні одиниці занепокоєння) = 7–10 або +10 (найгірший показник);

в) тілесні відчуття – психолог спостерігає за пацієнтом і помічає напруження м'язів, кататонію, неконтрольоване тремтіння, прискорене дихання тощо.

#### **Етап 4. Десенсибілізація**

##### ***Застосування подвійної уваги та BLS***

Спосіб застосування механізму подвійної уваги полягає в тому, щоб повторити постраждалому таке: *«Зараз ви перебуваєте у відділенні невідкладної допомоги. Вам не загрожують події, що сталися у минулому. Все скінчилося.»*

Якщо інформації про членів сім'ї немає, скажіть: *«Все скінчилося. Все, що сталося, залишилося у минулому.»*

Пацієнтам пропонується зосередитися на своєму стані безпеки тут і зараз у лікарні (або там, де вони зараз перебувають), подалі від спогадів про інцидент, незважаючи на тремтіння їхнього тіла.

Скажіть: *«Ви зараз у лікарні (або чи в іншому місці, де вони перебувають) вам не загрожують події, що сталися у минулому. Все скінчилося.»*

Якщо спогади про інцидент залишаються, використовуйте BLS (наприклад, рухи очима або постукування руками) у поєднанні з голосом психолога, щоб повернути пацієнта до сьогодення та теперішньої безпечної реальності.

Почніть BLS. Спочатку може спостерігатися повторне переживання травми, а потім настає заспокоєння, з'являється можливість спілкування.

Скажіть: *«Я прошу вас стежити очима за моїми пальцями або, з вашого дозволу, я постукаю по ваших руках.»*

**Примітка:** якщо у пацієнта є протипоказання стосовно доторків – його можна легко стукати за допомогою ручки або будь-якого іншого нейтрального предмета.

##### **Початок BLS**

Скажіть: *«Ви перебуваєте у відділенні невідкладної допомоги (або там, де зараз перебуває пацієнт), і ви в безпеці. Все скінчилося. Ви в безпеці тут, у відділенні невідкладної допомоги (або там, де перебуває пацієнт). Зосередьтеся*



на перебуванні в (місце, в якому знаходиться пацієнт на поточний момент) та в безпеці, скажіть: *«Я з вами». Слухайте мій голос і відчуйте, як мої руки торкаються ваших (або скажіть: Мої руки рухаються)».*

Виконуйте BLS. Повторюйте вказані вище слова під час кожного комплексу процедур (як під час абреакції) або приблизно кожні 5–10 комплексів дій. BLS можна виконувати у вигляді короткотривалих або тривалих комплексів дій або з різною швидкістю протягом всього комплексу дій, як під час абреакції в EMDR. Зупиняємося, коли пацієнт дещо розслабиться або почне говорити. В іншому випадку можна виконувати традиційний комплекс із 24 дій.

Скажіть: *«Вдихніть. Видихніть. Що ви помічаєте?»*

Якщо пацієнт нічого не говорить, скажіть таке: *«Просто звертайте увагу на те, що відбувається».* Робіть більше BLS і повторюйте: *«Тепер вам не загрожує подія (конкретна назва), вона скінчилася, і ви перебуваєте в (місце, де перебуває особа)».*

Продовжуйте до того часу, поки не побачите, як тіло пацієнта заспокоюється, і пацієнт зможе розповісти вам, що помічає.

Скажіть: *«Вдихніть. Видихніть. Що ви помічаєте?»*

Якщо пацієнти, які перебували у стані «тихого страху» і не могли говорити, починають спілкуватися та усвідомлювати, що вони в безпеці, можна на цьому зупинити опрацювання. Суб'єктивні одиниці занепокоєння (SUD) у цьому разі будуть приблизно 3–5/10, що впливає з мови тіла або з висловлювань пацієнта.

#### **Додатково**

**Примітка.** Під час ERP-терапії **не просіть (!)** пацієнта «пригадувати подію», «думати про інцидент».

Скажіть: *«За шкалою від 0 до 10, де 0 – відсутність занепокоєння або нейтральний стан, а 10 – найвищий рівень занепокоєння, який можете собі уявити, то яке занепокоєння ви відчуваєте зараз?»*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(відсутність занепокоєння)

(найвищий рівень занепокоєння)

### **Етап 5. Настановлення**

Формальне настановлення EMDR не виконується. Замість цього оцінюється обізнаність пацієнта стосовно поточної безпеки та місцезнаходження.

Скажіть: *«Де ви зараз?»*

Коли пацієнти орієнтуються і відчують, що вони в безпеці на цей момент, наприклад, у відділенні невідкладної допомоги (або там, де перебувають), скажіть таке: *«Чи можете ви підтвердити, що зараз ви у безпеці, і що небезпека у минулому?»*

### **Розв'язання проблеми відсутності контролю (вибору)**

У деяких ситуаціях недостатньо відновити почуття безпеки, складність для постраждалого може полягати у відчутті відсутності контролю (вибору). Якщо пацієнт говорить: *«Все-таки ще небезпечно, і коли я піду звідси, може статися ще одна атака/падіння ракети/землетрус»*, скажіть таке: *«Так, у майбутньому може статися багато різних речей, але зараз можна дозволити собі бути в сьогодні – тут просто зараз. Це може бути корисно, щоб зрозуміти, як упоратися з цими останніми подіями, навіть із тим, що буде через 5 хвилин. Чи можете ви усвідомити, що нині ви тут і зараз зі мною в безпеці? Зараз ви в безпеці. Те, що сталося, закінчилося. А пізніше ми зможемо знайти спосіб переконатися, що ви в максимальній безпеці, але тепер просто зверніть увагу, що зараз ви тут і ви в безпеці. З усіма іншими речами можна впоратися набагато легше, якщо ви зможете дозволити собі просто бути тут і зараз у безпеці»*.

**Примітка.** Важливо отримати позитивну відповідь пацієнта на запитання про те, чи може він зараз визнати, що в безпеці. Це твердження свідчить, що пацієнт зміг *переорієнтуватися не тільки на «місці», а і в «часі»*. Це означає, що пацієнт усвідомлює, що перебуває за межами минулої загрози (небезпеки).

### **Вирішення питання відповідальності (за потреби)**

Іноді людині потрібно нагадати про реальні життєві рішення.

Скажіть: *«Що вам сказали робити в поліції, щоб убезпечити себе, якщо спрацює інша сирена, а ви перебуваєте в машині?»*

Скажіть: *«Сприймійте це»*. Виконайте BLS.

Після простукування не згадуйте про початковий інцидент. Замість цього перейдіть до завершення.

### **Вирішення питання відповідальності** (якщо є потреба)

Якщо клієнт говорить, і в його словах звучать самозвинувачення або перехід до питання відповідальності, ви можете спробувати поставити уточнювальне запитання: *«Чи не хотіли б ви мені розповісти більше про те, що сталося. Може, ми зрозуміємо, що заважає зменшити страждання? Не соромтеся, скажіть мені саме те, про що вам зручно говорити зараз»*.

У межах часу, виділеного на ERP-терапію, дуже важко знайти справжнє позитивне переконання для вирішення питання відповідальності. Тому після визнання, що ситуація безпечна, вирішення питання відповідальності відкладається. Воно буде розглянуте за допомогою EMD або R-TEP (інші протоколи EMDR) або іншим разом. У межах ERP-терапії ми повертаємося до ситуації «Ви зараз тут, і подія скінчилася» як до першого етапу вирішення будь-яких інших проблем або дій, які, можливо, доведеться виконати пізніше.

Скажіть: *«У такі моменти зазвичай намагаються знайти відповідального за цей жахливий інцидент. Ви можете звинувачувати себе або звинувачувати інших. Але зараз, незалежно від причини, чому це сталося, навіть, якщо це жахливо: те, що сталося, було в минулому, а зараз ви тут. Дайте собі можливість просто зрозуміти, що ви зараз тут, і що ця подія закінчилася. Це важливий крок до наступних кроків. Тому, будь ласка, дозвольте, я постукаю (або порухаю) рукою, щоб допомогти вам усвідомити, що ви зараз тут (називаємо причину), і ви можете бути тут у цей момент. Усвідомлення, що ви тут зараз, може допомогти вам розібратися з іншими речами, які вам потрібно буде зробити пізніше. Якщо ця проблема залишається, її можна буде розв'язати пізніше»*.

Зазвичай, тут більшість клієнтів відчують, що рівень їхнього страждання зменшується, і можна перейти до завершення.

### **Розповідь про подію**

На цьому етапі пацієнти можуть розповісти про те, що вони пережили. Не наполягайте на деталях. Ця розповідь має бути терапевтичною. Вона може бути корисною, оскільки включається в опрацювання ліва півкуля мозку, для встановлення належного відчуття минулого, сьогодення та майбутнього.

Скажіть: *«Будь ласка, розкажіть мені, що сталося від початку події до цього моменту. Говоріть мені про все, про що вам зручно говорити».*

Дуже часто під час розповіді клієнт може згадати тимчасово забуті деталі, які можуть звільнити його від почуття відповідальності. Або люди усвідомлюють, що були більш активними, ніж пам'ятали раніше, і тому в них з'являється відчуття кращого контролю, ніж вони вважали спочатку.

В інших випадках така розповідь може розкрити інше сприйняття, що є додатковим джерелом стресу, наприклад, хибне почуття відповідальності, як-от провина за виживання, про що згадувалося вище. Поширене негативне сприйняття: «Я повинен був щось зробити» або «Я зробив щось не так» (не попередив інших або не врятував інших постраждалих). У цьому випадку, якщо достатньо часу, можна використовувати EMD або R-TEP (Shapiro та Laub, 2009). Проте буває, що це неможливо зробити, якщо травмується маса людей, оскільки багато хто потребує негайної допомоги.

Якщо пацієнти не змогли заспокоїтися за допомогою ERP-терапії, доступні інші стандартні види допомоги, які не є EMDR, наприклад, медикаментозне лікування.

### **Етап 6. Сканування тіла**

Сканування тіла формально не проводиться, але здатність до обговорення, припинення тремтіння та помітне заспокоєння тіла вказує на здатність рухатися до завершального етапу. Для багатьох людей збудження протягом двох-трьох днів після травматичного випадку можна вважати нормальним.

## **Етап 7. Завершення терапії**

Завершення терапії здійснюється із зазначенням такого: *«Це нормальна реакція на те, що з вами трапилося. У вас можуть з'явитися спогади про цю подію, проблеми зі сном, а також може спостерігатися низка емоцій, як-от страждання, страх або гнів. Ви можете помітити, що набагато більше знервовані і легше лякаєтеся від гучних звуків або будь-чого, що нагадує вам про те, що сталося. Якщо ви виявите, що ці симптоми тривають довше, ніж 2–3 дні і не виухають, це не є незвичайним станом. Ми зможемо допомогти вам впоратися з цією ситуацією, і ви станете спокійнішим. Даємо кілька номерів телефонів, на які ви можете подзвонити (дати контактну інформацію), якщо вам буде потрібна додаткова допомога. У вас є запитання?»*

Якщо подальші дії визначені і обговорені, попросіть дозволу у клієнта *зв'язатися з ним пізніше*, щоб дізнатися, як у нього справи.

Скажіть: *«Чи не проти ви дати мені свій номер телефону та номер телефону когось із членів родини чи друга, щоб я міг зателефонувати і дізнатися, як у вас справи?»*

Скажіть: *«Я спробую відповісти, але якщо не зможу, або якщо вам буде потрібна додаткова допомога, будь ласка, не соромтеся і телефонуйте за номерами, які вказані на спеціальному аркуші надання додаткової допомоги».*

## **Етап 8. Повторне оцінювання**

Якщо у вас є можливість зустрітися знову, корисно застосувати шкалу оцінки впливу травмивної подій, щоб допомогти в оцінюванні потреби пацієнта в подальшому лікуванні, а також для використання даних у дослідженнях.

*Додаток 5*

## **ПРОЦЕДУРА РЕАГУВАННЯ НА НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ**

### **ERP (Emergency Response Procedure)**

#### **Польовий посібник**

Emergency Response Procedure. ERP : Field Manual. (April 9, 2018) / G. M. Quinn, M. D. Debby Zucker, M.S.W., Advanced E.M.T. Rosalie Thomas, R.N., PH.D John W. Reiman, PH.D. Todd W. Pynch, Crisis Chaplaincy Services. URL: <https://www.emdrfoundation.org/toolkit/erp.pdf>

## **Фаза 1. Вступ та історія**

Познайомтеся з потерпілим/свідком

1. Скажіть: *«Можє, комусь потрібна моя допомога?»*. (Якщо є масові жертви.)
2. Скажіть: *«Мене звати \_\_\_\_\_»*.
3. Скажіть: *«Я тут, щоб допомогти вам»*.
4. Запитайте: *«Як вас звати?»*
5. Запитайте: *«Що сталося?»* (має бути лише короткий опис).  
*«Розкажіть дуже коротко. Не потрібно розповідати все, що трапилося, ви все одно зможете почувати себе краще»*.

## **Фаза 2. Підготовка**

Усний дозвіл/інформована згода

1. Скажіть: *«Є процедура, яка може вам допомогти. Це допомагало іншим людям»...*
2. Скажіть: *«Я можу допомогти вам, постукуючи по ваших руках або колінах, або плечах»*.
3. Скажіть: *«Це допоможе вам почувати себе спокійніше»*.
4. Скажіть: *«Ви погоджуєтесь? Я продовжуватиму, хіба що ви скажете мені зупинитися»*.
5. Скажіть: *«Для того, щоб знати, як найкраще допомогти вам, ви можете сказати мені, або просто вказати на цій картці (показуємо картку) на те, наскільки ви зараз стурбовані за цією шкалою? 0 – означає відсутність стурбованості, 10 – найгірше, що можна уявити.*

*Наскільки це вас турбує?»*

### **Примітка:**

- а. Якщо низький рівень стурбованості/дистресу (SUDs – 6 або менше), то застосуйте першу психологічну допомогу і нормалізуйте стан.
- б. Якщо рівень дистресу високий (SUDs 7 і вище), то застосуйте Процедуру невідкладної допомоги (ERP). Після того, як ви розпочали цю

процедуру, продовжуйте до SUDs 4 (можна продовжувати до SUDs 2, якщо є достатньо часу).

6. Пояснення фізичних реакцій (залежно від того, які симптоми спостерігаються).

Скажіть (назвіть ім'я постраждалого, якщо ви його знаєте): *«Ви зараз у стані стресу, і саме тому ваше тіло тремтить так сильно. Це природна реакція вашого організму на те, що відбувається».*

Скажіть: *«Ваше серце також може сильно битися, і ви, можливо, зараз дихаєте прискорено. Все це свідчить, що ваше тіло **реагує на те, що відбулося/відбувається**».*

**Якщо нічого не говорить** (мовчазний ступор або дуже схвильований):

Скажіть: *«Я розумію, що ви поки що не можете мені відповісти. Я почну постукувати по ваших руках/колінах/плечах, хіба що ви скажете "ні" або піднімете руку, щоб зупинити мене».* (Можна на собі показати постукування).

**Фаза 3.** Оцінювання стану. Основні припущення

а. Оцінюємо зовнішній вигляд (чистий/забруднений) і фізичний стан потерпілого/свідка. Бажано поміряти артеріальний тиск і пульс перед початком фази 1.

Припускаємо, що потерпілий/свідок приголомшений тим, що сталося. У нього високий рівень тривоги і те, що сталося («картинка» травмівної події), стоїть перед очима.

б. Зауважуємо негативні й позитивні переконання. Звертаємо увагу на те, що сказано спонтанно. **Не запитуйте!** про негативні переконання.

Негативні переконання:

1. «Я в небезпеці», або... «Я помру» (може бути «Моя сім'я в небезпеці»).
2. «Це жахливо».
3. «Я не можу впоратися з цим», «Я не зможу цього пережити».
4. «Я поранений».

д. Позитивні переконання:

1. «Я/вони зараз у безпеці».

2. «Все скінчилося».

3. «Незважаючи на те, що це жахливо, я можу навчитися цьому протистояти».

4. «Я вижив».

е. Передбачувані емоції: сильний страх або жах, кататонія або непереборний шок, горе.

ф. Визначаємо суб'єктивний рівень стурбованості/дискомфорту (SUD): 0 відсутність дискомфорту, 10 – найгірший стан, який може бути).

SUD може бути 7–10 за шкалою від 0 до 10. Але людина може сказати, що рівень дискомфорту більше 10. У цьому випадку можна спостерігати стан тихого жаху, рухове збудження, нездатність говорити тощо.

г. **Відчуття тіла.** Можна спостерігати такі фізичні реакції: напруження м'язів, кататонія, неконтрольоване тремтіння, прискорене дихання, блукання очей.

**Примітка.** Процедуру невідкладної допомоги використовують, коли людина відчуває небезпеку та/або не може контролювати ситуацію. В інших випадках використовують інші техніки.

#### **Фаза 4. Стабілізація та десенсибілізація**

1. Починаємо двосторонню стимуляцію (BLS), постукування.

2. Кожна фаза складається з 30–90 підходів (права нога, ліва нога = один підхід), від одного до двох підходів за секунду. Тривалість фази від 30 секунд до 1 хвилини. Простукуємо в швидкому темпі. Скажіть: «Тепер я постукаю по твоїх руках/колінах/плечах».

3. Почніть постукування (BLS).

**Примітка.** Якщо людина не сприймає дотику, для легкого постукування можна використати ручку, указку або будь-який інший нейтральний предмет. Можна використати двосторонні звуки замість постукування.

4. Доторкаючись до людини, скажіть: «*Ви тут* (назвіть місце)». «*Ви в безпеці. Ця подія скінчилася*» (або інше відповідне позитивне твердження). «*Подумайте, що ви тут* (назвіть місце) *і відчуйте постукування. Ви*



знаходитеся (назвіть місце). *«Ви зараз у безпеці. Ця подія скінчилася».* Повторюйте ці речення і продовжуйте постукування (1–2 хвилини).

5. Скажіть: *«Вдихніть... видихніть. Що ви помічаєте?»* (Зворотний зв'язок – слово-два.)

6. а. Якщо людина реагує, скажіть: *«Залишайтеся з цим».* І переходьте до етапу 3.7.

б. Якщо не відповідає, скажіть: *«Я розумію, що ви ще не можете говорити – це нормально, я продовжую простукувати».* Простукуючи, скажіть: *«Ви тут (назвіть місце)».* *«Ви в безпеці. Ця подія закінчена (або інше відповідне позитивне твердження). «Думайте, що ви тут (назвіть місце) і відчуйте постукування. Ви перебуваєте (назвіть місце). Ви зараз у безпеці. Ця подія скінчилася».* Повторюйте ці речення під час постукування (1–2 хвилини).

Скажіть: *«Вдихніть... видихніть. Що ви помічаєте?»* .

Якщо потерпілий усе ще не відповідає, повторіть наведений вище порядок (6. б.). Може буде потрібно кілька підходів – повторюйте, поки людина не відповість. Після відповіді поверніться до етапу 1.2 і продовжуйте через фазу 3.8. до етапу 4.

7. Продовжуйте повторювати етапи стабілізації з 3.4 по 3.6 до того часу, поки людина залишається схвильованою.

8. Фаза стабілізації проводиться для того, щоб потерпілий почав спілкуватися та орієнтуватися.

Скажіть: *«Наскільки дискомфортно ви зараз себе почуваете від 0 до 10? 0 – означає відсутність перешкод, а 10 – найгірше, що можна уявити».* (Можна показати картку SUD.)

SUD 7 або більше – перейдіть до фази 3.4 і повторіть звідти.

SUD 6 або нижче (якщо є час і можливість, спробуйте досягти SUD 2) – перейдіть до фази 4.

**Примітка.** Під час Процедури невідкладної допомоги не просіть потерпілого/свідка, щоб він думав про інцидент.

### **Фаза 5. Посилення позитивних переконань**

1. Оцініть, як потерпілий/свідок розпізнає теперішню ситуацію (безпеку, місцеперебування та присутність інших).

Скажіть: *«Де ви зараз?»*. Якщо потерпілий/свідок стверджує, що все ще перебуває в минулій травматичній ситуації, скажіть: *«Ви перебуваєте (де б вони не були)... Зараз (дата і час)»*. І поверніться до фази 4.3.

2. Якщо потерпілий/свідок орієнтується (місцезнаходження і час).

Скажіть: *«Чи розумієте, що ви зараз у безпеці, і подія закінчилася?»*.

а. Якщо потерпілий/свідок не ідентифікує безпеку або не розуміє, що подія скінчилася, поверніться до фази 3.4 і повторіть опрацювання.

б. Якщо людина розуміє, що вона зараз у безпеці, ідентифікує місце свого перебування та присутність іншого, скажіть: *«Залишайтеся з цим»* і зробіть ще одну фазу простукування BLS, щоб закріпити досягнуте.

### **Фаза 6. Сканування тіла**

Сканування тіла формально не проводиться, але здатність говорити, припинення тремтіння, здатність зосереджуватися, нормалізація погляду, а також помітне заспокоєння тіла буде вказувати, що процес стабілізації завершується. Для багатьох людей збудження впродовж 2–3 днів після травматичного інциденту можна вважати нормальним.

### **Фаза 7. Завершення**

1. Скажіть: *«Це нормально якийсь час так реагувати на важкі ситуації. У вас перед очима можуть стояти якісь епізоди; можуть бути труднощі зі сном; ви можете страждати, боятися або гніватися. Ви можете помітити, що не можете сидіти на місці»*.

Якщо ви виявите, що такі симптоми не зменшуються або тривають довше 2–3 днів, то варто зателефонувати фахівцям, які допоможуть упоратися з цими реакціями. Я дам вам телефон фахівців.

2. Поміряйте потерпілому/свідку артеріальний тиск і пульс.

3. Надайте контактну інформацію осіб, які можуть допомогти.

4. Скажіть: *«Ви б хотіли, щоб я зателефонував вам приблизно через місяць, щоб дізнатися, як ваше самопочуття?»*.

Якщо згодні, то дайте інформацію:

Ім'я .....

Телефон.....

### **Особливі ситуації**

#### **А. Жертва/свідок стурбований контролем/вибором у майбутньому:**

1. Якщо жертва/свідок говорить: *«Але зараз все ще небезпечно, й інша катастрофа (землетрус, пожежа або цунамі, наприклад) може статися, коли я піду звідси»*, скажіть таке: *«Так, у майбутньому багато чого може статися. Але якщо дозволити собі бути присутнім у теперішньому часі – тут і тепер – тоді можна з'ясувати, як пізніше протистояти важким ситуаціям, навіть якщо це трапиться через 5 хвилин.*

*Чи можете ви дозволити собі зрозуміти, що в цей момент ви тут і в безпеці? Ви зараз у безпеці. Те, що сталося, скінчилося. У цей момент просто зверніть увагу, що зараз ви тут і в безпеці. З усім іншим можна впоратися набагато легше, коли можна дозволити собі просто бути тут, у безпеці, прямо зараз».*

2. Додати BLS.

#### **В. Іноді людині потрібно нагадати про реальні життєві рішення**

1. Скажіть: *«Що нас учили робити для безпеки, коли... (ми чуємо попередження про цунамі)?»*. Дочекайтеся відповіді або запропонуйте відповідь (дайте рекомендовану інформацію), а потім скажіть: *«Просто подумайте про це»*.

2. Додайте BLS.

3. Після того, як стабілізуєте потерпілого і розглянете, що робити в майбутньому, **не повертайтеся** до початкового інциденту. Замість цього перейдіть до завершення (фаза 7).

**С. Потерпілий/свідок починає шукати відповідальних за те, що сталося (одне з найскладніших питань для вирішення).**

**Примітка.** За час проведення Процедури негайної стабілізації дуже важко знайти справжнє позитивне усвідомлення питання відповідальності. Питання відповідальності відкладається, воно розглядатиметься пізніше. У ERP ми

повертаємося до реальної ситуації. Говоримо: *«Незалежно від того, наскільки це жахливо, ця подія закінчилася. Це стає найважливішим кроком у напрямку вирішення будь-якого питання».*

1. Якщо жертва/свідок вважають винними себе або когось іншого, скажіть: *«Іноді в таких ситуаціях шукають когось, відповідального за цей жахливий інцидент. Можна звинувачувати себе або звинувачувати інших. Але зараз, якою б не була причина того, що це сталося, все закінчилося. Зараз все скінчено».*

2. Додайте BLS. Скажіть: *«З якоїсь причини це сталося. Це жахливо. Але повертайтеся сюди. Спробуйте в цей момент бути тут. Визнання того, що ви зараз тут, може допомогти вам впоратися з тим, що вам потрібно буде зробити. Якщо це питання вас турбуватиме й далі, його можна буде вирішити пізніше».*

3. Поверніться до фази стабілізації 3.4 і продовжуйте до завершення.

*Додаток 6*

## **ЧОТИРИ ЕЛЕМЕНТИ: ВПРАВИ ДЛЯ ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ СТРЕСУ**

### **ЗЕМЛЯ-ПОВІТРЯ-ВОДА-ВОГОНЬ**

Взято із: Pocket Guide. To Early EMDR. Intervention Protocols. Compiled by Beverlee Laidlaw Chasse, MC, LPC with formatting and design by Katy Murray, MSW, LICSW, BCD. URL: [https://traumarecovery.network/wp-content/uploads/2020/07/fdocuments.in\\_pocket-guide-to-early-emdr-intervention-protocols-laidlaw-life-threatening.pdf](https://traumarecovery.network/wp-content/uploads/2020/07/fdocuments.in_pocket-guide-to-early-emdr-intervention-protocols-laidlaw-life-threatening.pdf)



**Земля: заземлення, реальність безпеки в цей момент**

Знайдіть хвилинку, щоб «заземлитися», бути тут і тепер. Відчуйте обидві ноги на землі, відчуйте підтримку стільця.

Озирніться навколо і зверніть увагу на три речі. Що ви бачите? Що ви чуєте? Уявіть, що ви – дерево, коріння спускається через ваші ноги, з'єднуючись із цілющою енергією і силою Землі.

### **Повітря: дихання для центрування**

Уявіть, що у вас у животі повітряна куля. Коли ви вдихаєте, заповнюйте повітряну кулю. Коли видихаєте, стискайте повітряну кулю повністю і вичавлюйте будь-який дискомфорт, який зараз відчуваєте.

Варіант 2. Вдихніть через ніс, (рахуєте до 4), затримайтеся на 2 секунди, а потім видихайте на рахунок 4. Зробіть близько десяти таких глибоких, повільних вдихів і видихів, як ці.

### **Вода: спокій і контроль. Перехід до стану релаксації**

Стимулюйте появу слини в роті. Коли ви відчуваєте небезпеку – боретеся або втікаєте – вам не до їжі. Активується симпатична нервова система, мозок вимикає травну систему, і в роті стає сухо. Тому, коли виробляється слина, починає працювати травна система, і парасимпатична нервова система активує реакцію релаксації, що дає вам відчувати себе більш спокійно, зосереджено і більше контролювати ситуацію.

### **Вогонь: запалити вашу уяву**

Пригадайте безпечне місце або час, коли ви відчували себе комфортно, вам було добре. Дозвольте собі побути там.

– Що там можна побачити, почути, понюхати?

– Що відбувається поза вашим тілом?

– А що всередині вашого тіла?

Активуйте цей досвід, виконуючи вправу «*Обійми метелика*»

Схрестіть руки на грудях так, щоб ваші великі пальці рук перепліталися, а інші розподілялися під обома ключицями. (*Див. фото*). Повільно натискайте по черзі, з кожного боку грудей, щоб посилити почуття безпеки та спокою у вашому тілі. Носіть браслет із чотирма елементами на руці.



Додаток 7

## АНКЕТА ЗБОРУ ТРАВМАТИЧНОГО МАТЕРІАЛУ (TSG)

(*Hofmann.A., Seidler G., Miska R. und Hueg A.*)

*Джерело:* Доповідь К. Бревіна у грудні 2001 на річному конгресі Міжнародного фахового товариства з досліджень психологічних травм у Новому Орлеані.

Шановний друже! Перевірте, будь ласка, вашу сьогоднішню реакцію на стресові події. Перечитайте, будь ласка, наведені нижче реакції, які іноді проявляються після травматичних подій. Ця анкета описує ваші реакції на травматичні події, що сталися кілька тижнів тому.

Вкажіть, будь ласка, на реакції, що за останній тиждень проявлялися щонайменше двічі. Якщо так, поставте «+», якщо ні «-».

№ з/п	Реакції	Так «+»	Ні «-»
1.	Тривожні думки, спогади про пережите, що з'являються проти вашої волі		
2.	Неспокійні кошмарні сни, пов'язані з пережитим		
3.	Поведінка і відчуття, ніби щось страшне має статися знову		
4.	Коли ви згадуєте про пережите, ув тілі з'являються якісь відчуття (запах, біль, дискомфорт тощо)		
5.	Тілесні реакції, наприклад, прискорене серцебиття, враження, що в животі щось перевертається, посилене потовиділення, запаморочення тощо під час спогадів про пережите		
6.	Важко засинати, прокидаєтеся вночі		

7.	Дратівливість, вибухи гніву		
8.	Важко сконцентруватися		
9.	Підвищена пильність щодо потенційної небезпеки, своєї чи інших		
10.	Здригається, коли трапляється щось неочікуване		

### **Оцінювання**

- 9–10 – через 6 місяців можна прогнозувати ПТСР
- 5–8 – або до 3 пунктів, що показують міру надзбудження (4, 5, 6, 7, 8, 10) – група високого ризику ПТСР

*Додаток 8*

## **ОПИТУВАЛЬНИК ПЕРИТРАВМІВНОЇ ДИСОЦІАЦІЇ**

**Інструкція.** Згадайте, будь ласка, з максимальною точністю, як ви себе почували і що відчували в той час, коли відбувалася найважча з пережитих вами екстраординарних подій. Опишіть коротко цю подію.

---



---



---

Нижче наведені питання про те, як ви себе почували саме в той час. Обведіть кружком варіант відповіді (твердження), який відповідає тому, наскільки правильно опис, наведений у питанні, відображає те, що ви відчували в момент події. Вибрати можна тільки одну відповідь (твердження).

**1. Чи були такі моменти під час події, коли ви переставали розуміти, що відбувається? Чи було у вас відчуття втрати почуття реальності, «випадання з реальності»? Чи були інші стани, коли ви переставали відчувати себе частиною того, що відбувається?**

1	2	3	4	5
Абсолютно неправильно	Частково правильно	Правильно до деякої міри	Правильно	Абсолютно правильно

**2. Чи було так, що ви діяли автоматично («на автопілоті»)? Зробивши щось, ви пізніше усвідомлювали, що це зроблено вами, але ніяких активних намірів здійснити цю дію тоді у вас не було?**

1	2	3	4	5
Абсолютно неправильно	Частково правильно	Правильно до деякої міри	Правильно	Абсолютно правильно

**3. Чи змінювалося у вас відчуття часу? Чи здавалося вам, що події надзвичайно прискорювалися або уповільнювалися?**

1	2	3	4	5
Абсолютно неправильно	Частково правильно	Правильно до деякої міри	Правильно	Абсолютно правильно

**4. Чи здавалося вам все, що відбувається, нереальним, ніби ви були уві сні або дивилися кіно, або якусь виставу?**

1	2	3	4	5
Абсолютно неправильно	Частково правильно	Правильно до деякої міри	Правильно	Абсолютно правильно

**5. Чи відчували ви себе стороннім спостерігачем того, що відбувається з вами особисто? Чи було у вас відчуття, що ви ніби летите над місцем події або спостерігаєте все збоку?**

1	2	3	4	5
Абсолютно неправильно	Частково правильно	Правильно до деякої міри	Правильно	Абсолютно правильно

**6. Чи було так, що ваше відчуття власного тіла ніби спотворювалося або змінювалося – ви відчували себе незвично маленьким або великим? Чи відчували ви, що не зв'язані зі своїм тілом?**

1	2	3	4	5
Абсолютно неправильно	Частково правильно	Правильно до деякої міри	Правильно	Абсолютно правильно

**7. Чи здавалося вам, що те, що відбувається на ваших очах із кимось іншим, насправді відбувається безпосередньо з вами? Наприклад, якщо ви бачили, як когось травмувало, то відчували, що травмувало саме вас, навіть якщо насправді цього не відбулося?**



1	2	3	4	5
Абсолютно неправильно	Частково правильно	Правильно до деякої міри	Правильно	Абсолютно правильно

**8. Чи було так, що після того, як все скінчилося, ви були здивовані, виявивши, що у вашій присутності відбулося багато подій, про які ви нічого не знаєте (особливо таких, які ви зазвичай обов'язково помічаєте)?**

1	2	3	4	5
Абсолютно неправильно	Частково правильно	Правильно до деякої міри	Правильно	Абсолютно правильно

**9. Якщо ви були фізично травмовані під час події, чи помітили ви, що в момент травми відчували лише дивно слабкий біль або не відчували болю зовсім? (Якщо ви не були травмовані, поставте позначку тут \_\_\_\_\_)**

1	2	3	4	5
Абсолютно неправильно	Частково правильно	Правильно до деякої міри	Правильно	Абсолютно правильно

### Опрацювання результатів

У цій методиці застосовується шкала оцінки тверджень від 1 до 5 балів. Підсумкова оцінка, отримана після підрахунку суми балів («сирий» бал) усіх 9 питань, переводиться в сумарний тестовий показник – умовну оцінку, виражену в процентах, за формулою: від «сирого» балу відняти 9, те, що залишилося поділити на 36 і помножити на 100.

Отриманий тестовий показник відображає ступінь впливу травмівного досвіду на людину, інтерпретацію якого наведено нижче.

Рівні перитравмівної дисоціації	Сумарний показник
Низький	1–20
Знижений	21–40
Помірний	41–60
Підвищений	61–80
Високий	81–100

Науково-практичне видання

Царенко Людмила Григорівна

## **EMDR. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА**

*Методичні рекомендації*

Ум. друк. арк. 4

Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України

м. Київ, 01033, вул. Паньківська, 2

тел./факс: (044) 288-33-20

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої  
справи до Державного реєстру  
видавців, виготовлювачів  
і розповсюджувачів видавничої продукції  
№ 6418 від 03.10.2018 р.