

Методичні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги

Загальні елементи першої психологічної допомоги:

1. Залишайтеся поруч із людиною, яка потребує допомоги. Люди в кризовій ситуації тимчасово втрачають почуття захищеності та довіри. Залишаючись поряд, ви можете допомогти відновити почуття впевненості та безпеки.

2. Активне слухання. Важливо уважно вислухати людину, щоб допомогти їй пережити травмуючу подію.

3. Поважайте почуття інших. Віднесіться без упередження до того, що вам кажуть. Визнайте та поважайте почуття людини.

4. Виявіть турботу та надайте практичну допомогу. Якщо хтось перебуває в кризовій ситуації, в першу чергу корисною буде практична допомога: зв'язатися з кимось, хто може побути з постраждалим і т.д.

Реакціями під час кризової ситуації можуть бути: страх, ступор, плач, «істерика», панічна атака, нервові тремтіння, агресія та інші.

СТРАХ. Як допомогти?

1. Покладіть руку постраждалого на зап'ястя, щоб він відчув ваш спокій. Це буде для нього сигналом, що ви поруч і він не один.

2. Дихайте глибоко і рівно. Заохочуйте постраждалого дихати в одному з вами ритмі.

3. Якщо потерпілий говорить, то слухайте його, виявляйте зацікавленість, розуміння, співчуття.

4. Зробіть потерпілому легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла.

СТУПОР. Ознаки ступору: різке зниження або відсутність довільних рухів та мови; відсутність реакцій на зовнішні подразники (шум, світло, дотик); застигання у певній позі, стан повної нерухомості.

Як допомогти:

1. Підійдіть до людини, повільно візьміть за руку і запросіть йти разом з вами. Використовуйте фрази: «Тобі не можна залишатися тут», «Тобі потрібна допомога» тощо.

2. Зігніть постраждалому пальці на обох руках і притисніть їх до основи долоні.

3. Людина, перебуваючи у ступорі, може чути та бачити. Тому говоріть їй на вухо тихо, повільно та чітко те, що може викликати сильні емоції (краще

негативні). Необхідно будь-якими засобами добитися реакції потерпілого, вивести його із заціпеніння.

ПЛАЧ. Як допомогти?

1. Не залишайте постраждалого одного.
2. Встановіть фізичний контакт із постраждалим (візьміть за руку, покладіть свою руку йому на плече або спину, погладьте по голові). Дайте відчути, що ви поряд.
3. Застосовуйте прийоми активного слухання: періодично вимовляйте «ага», «так», кивайте головою, повторюйте за людиною уривки фраз, говоріть про свої почуття та почуття постраждалого.
4. Не намагайтеся заспокоїти постраждалого. Дайте йому можливість виплакати і виговоритися.

«ІСТЕРИКА» ознаки: надмірне збудження, безліч рухів; мова емоційно насичена, швидка; крики, ридання.

Як допомогти?

1. Видаліть глядачів, створіть спокійну обстановку. Необхідно залишитися з потерпілим наодинці, якщо це є безпечним для вас.
2. Несподівано вчиніть дію, яка може сильно здивувати (дати ляпас, облили водою, різко крикнути на людину).
3. Говоріть із постраждалим короткими фразами, впевненим тоном («Випий води», «Умийся»).
4. Після істерики настає занепад сил. Укладіть постраждалого спати.

ПАНІЧНА АТАКА. Як допомогти?

- Попросіть людину сісти, опустити голову та впертись ногами в підлогу.
- Попросіть постраждалого зосередитися на диханні і дихати повільно.
- Переключіть увагу. Попросіть людину розповісти про те, що вона бачить та чує.

НЕРВОВЕ ТРЕМТІННЯ. Після екстремальної ситуації з'являється неконтрольоване нервове тремтіння (людина не може за власним бажанням припинити цю реакцію).

Як допомогти?

1. Візьміть потерпілого за плечі і сильно, різко потрясіть протягом 10-15 секунд.

2. Продовжуйте розмовляти з ним, інакше він може сприйняти ваші дії як напад.

3. Не можна: обіймати потерпілого чи притискати його себе; укривати постраждалого чимось теплим; заспокоювати, говорити, щоб він взяв себе в руки.

АГРЕСІЯ. Як допомогти?

1. Зведіть до мінімуму кількість оточуючих.
2. Дайте людині можливість випустити емоції.
3. Доручіть роботу, пов'язану з високим фізичним навантаженням.
4. Демонструйте доброзичливість.
5. Намагайтеся розрядити ситуацію смішними коментарями або діями.

В подальшому порадьте пацієнту завантажити рекомендований МОЗ ілюстрований практичний посібник від ВООЗ для самопомоги в період стресу “Важливі навички в періоди стресу” за посиланням <https://bit.ly/3jyCR6j>.

Методичні рекомендації щодо діагностики і надання допомоги при бойовій травмі. Профілактика ПТСР.

Емоційна і психологічна травма - результат надзвичайних стресових подій, які призводять до потрясіння у відчутті безпеки, відчуття безпорадності і вразливості у небезпечному світі.

Бойові травматичні переживання включають безпосередню постійну загрозу для життя або власної безпеки, проте будь-яка ситуація, яка викликає відчуття приголомшеності може бути травматичною, навіть якщо вона не включає загрозу фізичного пошкодження.

Не об'єктивні зовнішні чинники визначають чи бойова подія є травматичною, а суб'єктивне емоційне переживання цієї події. Чим більше нажаханою і безпорадною відчуває себе людина, тим ймовірнішою є її травматизація.

Емоційні і психологічні симптоми бойової травми: шок, заперечення, або зневіра; гнів, дратівливість, коливання настрою; почуття провини, сорому, самозвинувачення, відчуття смутку або безнадії; розгубленість, труднощі концентрації уваги; тривога і страх (жах); уникання контактів з оточенням; втрата відчуття самого себе або оніміння.

Фізичні (тілесні) симптоми бойової травми: безсоння або нічні жахи; легка збудливість; серцебиття (“вискакування серця”); біль у тілі; втома; труднощі концентрації уваги; дратівливість і тривога; перенапруження м'язів.

Прояви гострого періоду бойової травми діагностуються відповідно до критеріїв Гострого стресового розладу (DSM 5): повторне переживання, уникання і надмірне вегетативне збудження з яскравими дисоціативними симптомами, які виникають безпосередньо після травматичної події.

Поява дисоціативних симптомів у період безпосередньо після травми збільшує ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (далі - ПТСР).

Дисоціативні симптоми включають в себе: коливання рівня функціонування особистості від вискоефективного до порушеного/відключеного; сильні головні болі або болі в інших частинах тіла; деперсоналізація (почуття відірваності від власних думок, почуттів і тіла); дереалізація (відчуття, що навколишнє середовище чужа, дивна або нереальна); депресія та/або перепади настрою; тривожність; порушення харчування і сну та інші.

Гострий стресовий розлад стосується пацієнтів, які відповідають критеріям ПТСР за винятком часу (1 місяць після травми) і у яких наявні виражені дисоціативні симптоми.

Тривалість перебування в зоні бойових дій пов'язана з більшим ризиком розвитку ПТСР, а усвідомлення факту загибелі як побратимів, так і ворогів, очевидці загибелі людей, постійне стикання з загибеллю є важливими предикторами ПТСР.

Важливим проявом бойової травми є втрата інтересів і відсторонення або відчуження від оточення.

Симптоми гострої травми в 60% до 80% військовослужбовців, які були очевидцями загибелі побратимів чи мирного населення або мертвих тіл. Зокрема ризик появи психічних симптомів стосується більш молодих за віком військовослужбовців, віком 18-24 років, у яких виявлено симптоми депресії або проблеми з алкоголем.

Нормальна реакція на бойову травму перетворюється у ПТСР, коли військовослужбовець застрягає у травматичній ситуації.

Після травматичної події психіка і тіло перебувають у стану шоку. Проте в процесі усвідомлення того, що сталося і опанування емоцій, військовослужбовець виходить з цього стану.

Проте у випадку ПТСР військовослужбовець залишається у психологічному шоці, його пам'ять про подію, що сталася і її почуття відірвані одне від одного (дисоціація).

Симптоми ПТСР розвиваються приблизно в 12-20% військовослужбовців після перенесеної і неопрацьованої бойової травми.

Важливий чинник ризику – перенесені психічні травми в минулому, зокрема пов'язані з насильницькими діями. Особливо, ризик в двічі вищий, коли проміжок між попередньою травмою і бойовою травмою менш, ніж 5

років. Ризик в двічі вищий у тих, хто попередньо пережив травму з насильницькими діями, порівняно з ненасильницькими.

Предиктором проявів ПТСР є надмірний самоконтроль – компульсивне перевіряння – дверей, вікон, транспортних засобів з метою переконатися, що вони в безпеці і ніщо їм не загрожує.

Інший важливий прояв, на який слід звернути увагу – переживання військовослужбовців за своїх близьких – батьків або дітей, наречених. Більший ризик ПТСР в тих військовослужбовців, в кого ці переживання ставали домінуючими або надмірними.

Практичні рекомендації для фахівців:

Потреба приділити більшу увагу до відновлення позитивних стосунків військовослужбовців з соціальним оточенням – близькими, батьками, друзями, а не замикання в колі побратимів.

Своєчасне виявлення і адекватна оцінка компульсивної поведінки перевіряння. Цей симптом може нагадувати надмірну збудливість при ПТСР – ризик розвитку психічних симптомів ПТСР.

Фахівцям сфери психічного здоров'я при наданні невідкладної допомоги слід наголошувати на тому, що ці симптоми – прояви нормальної реакції на бойову ситуацію, що сприятиме більшій довірі військовослужбовців до психологів та психотерапевтів.

Надання відповідної інформації командирам, рідним, друзям, що, в свою чергу, сприятиме кращій підтримці і заохоченню отримати психологічну допомогу

Необхідно звернути увагу на порушення пам'яті (проблеми із формуванням послідовності подій, пригадування, відділення важливого і другорядного тощо), повторного переживання симптомів травми, профілактика застрягання у них, опрацювання інтенсивних емоційних реакцій в зв'язку із травматичними бойовими подіями, які супроводжуються інтенсивними фізіологічними реакціями.

Увага до проявів дисоціації або відстороненості, як до важливого предиктора ПТСР. В ситуаціях екстремальної загрози, інтенсивні емоційні переживання можуть призвести до дисоціації і порушення повноцінної інтеграції травматичної інформації в пам'ять. Неповна консолідація пам'яті може призвести до обмеження пригадування і виникнення флеш-беків та інтрузій – симптомів ПТСР. Здатність повноцінної інтеграції пам'яті є важливий чинником запобігання ускладнення і розвитку ПТСР.

Потенційні профілактичні заходи:

Психологічні заходи. Психологічні заходи, як запобігання ПТСР включають базові підходи:

1. Інтервенції психологічного дебріфінгу - уважне слухання опису суб'єктивних переживань військових під час травматичних подій, включно з описом критичного стресу і кризового керування стресом;
2. Психологічна невідкладна допомога;
3. Травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія;
4. Покращення навичок керування стресом;
5. Психосвіта;
6. Фізичні вправи, рух, йога, керована уява.

Мета цих видів психологічної допомоги – запобігання розвитку ПТСР і хроніфікації симптомів травматичної реакції після потрапляння у травматичну ситуацію.

Мета заходів Психологічного дебріфінгу – навчання потерпілих щодо нормальних реакцій на травму і сприяння їм у зменшенні сорому і страху поділитися своїми переживаннями та емоційними реакціями на бойові події.

Дебріфінг типово проводять у вигляді однієї сесії безпосередньо після травматичної події з усіма, хто перебував під впливом такої ситуації. Найбільш типова форма психологічного дебріфінгу була розроблена для осіб, які були під впливом травматичних подій в силу їх професії – пожежники, працівники невідкладної медичної допомоги. 3-4 годинна сесія, яка проводиться мультидисциплінарною командою фахівців. Мета – сприяння нормалізації реакції на стрес і сприяння бажанню розповідати про свої переживання і реакції. Мультидисциплінарна команда навчає потерпілих навичках подолання стресу і пропонує додаткові види допомоги тим, хто цього може потребувати. Процедура дебріфінгу гнучка і не жорстко структурована. Вона безпосередньо проводиться з потерпілими з метою запобігання розвитку ПТСР. Дебріфінг став частиною мультикомпонентної програми кризової інтервенції з метою зменшення вираженості порушень, пов'язаних з травматичним стресом.

Кризова підтримка з метою сприяння зниженню первинного посттравматичного стресу і підтримка в формуванні навичок адаптації до перебування в умовах стресу.

Мета цих профілактичних заходів:

1. Контакт;
2. Безпека;
3. Стабілізація;
4. Збір та надання інформації;
5. Практична допомога;

6. Відновлення зв'язків і соціальна підтримка;
7. Інформація з способів опанування стресу;
8. Зв'язок з фахівцями.

Дві переваги – можливість мобільного і швидкого надання допомоги потерпілим від травми в місцях їх перебування. Мета – подолання розгубленості і безпорадності.

Принципи надання кризової стресової допомоги можна застосовувати відразу після травматичної події навіть в польових умовах, в госпітальних центрах травми, кризових зонах бойових. Більшість форм кризової травматичної допомоги короткі в часі і включають щотижневі сесії тривалістю 60 -90 хвилин. Формат або груповий, або індивідуальний

Фармакологічні інтервенції.

Фармакотерапія застосовується для запобігання розвитку хроніфікації реакції на травму і ПТСР.

Основні препарати: Прегабалін, СІЗЗС, СІЗЗСН, снодійні та седативні препарати.

Прегабалін, СІЗЗС і СІЗЗСН широко застосовуються для подолання гострої реакції на травму, профілактики ПТСР і корекції ранніх проявів ПТСР. Перевагою такого підходу є можливість безпосереднього ефективного впливу не тільки на емоційні, а й больові симптоми.

Особливості проведення діагностики та лікування пацієнтів з ПТСР наведені в Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги “Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад”, затверджений наказом МОЗ від 23.02.2016 № 121.

МОЗ також рекомендує посібник ВООЗ, який охоплює першу психологічну допомогу, яка передбачає гуманну, підтримуючу та практичну допомогу людям, які потерпають від серйозних кризових подій. Посилання на посібник - <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205>.