

**УДК 159.94**

*Паришина Ю.І. ад'юнкт кафедри загальної психології, УЦЗУ*

## **Принципи надання психологічної допомоги населенню у надзвичайних ситуаціях**

*Анотація:* Дана стаття розглядає визначення загальних принципів, підходів та заходів надання комплексної соціально-психологічної та психотерапевтичної допомоги потерпілим внаслідок надзвичайних ситуацій, техногенних аварій та катастроф.

*Ключові слова:* надзвичайна ситуація, катастрофа, аварія, психологічна допомога, посттравматичний стресовий розлад.

**Актуальність проблеми.** Найбільш актуальними в Україні є проблеми психологічних та психічних наслідків перебування людини в надзвичайній ситуації або в умовах аварії, катастрофи, які загрожують життю та здоров'ю. Це підтверджується наявністю відповідних нормативно-правових актів, в яких визначається необхідність реалізації права громадян нашої країни на «соціально-психологічну підтримку та медичну допомогу, а також медико-реабілітаційне відновлення у разі отримання важких фізичних та психологічних травм» при екстремальних ситуаціях.

Відомо, що техногенні надзвичайні ситуації, аварії та катастрофи істотно впливають не тільки на соматичне (травми, отруєння, наслідки гіпоксії тощо), а й на психічне здоров'я тих, хто постраждав від них, або брав участь у ліквідації їхніх наслідків. При цьому основні медичні зусилля зосереджені на соматичних наслідках, в той час як не менш руйнівні — психічні — залишаються на периферії поля зору вітчизняної системи надання допомоги потерпілим надзвичайної ситуації, аварії та катастрофи [2].

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** Проблема вивчення психічних реакцій людини, що опинилася в екстремальних умовах останніми роками є

одною з найактуальніших проблем і для вчених-дослідників, і психологів-практиків всього світу та України.

В цілому цей інтерес зрозумілий - за останні десятиліття відмічено їх стрімке зростання, та і кількість людей, в них залучених (підвищення щільності населення в містах, впровадження нових технологій, розвиток засобів масової інформації), значно збільшилося.

Протягом останнього десятиліття спостерігається збільшення різних надзвичайних ситуацій і особливо так званих антропогенних, які включають екологічні, техногенні і соціальні надзвичайні ситуації.

Численні спостереження за людьми, що перенесли катастрофічні стресові події, показують, що у потерпілих розвиваються тривалі психічні порушення з втратою звичайної емоційності, стійкими повторними переживаннями травмуючої події, нав'язливими і пригноблюючими спогадами, підвищеною збудливістю і дратівливістю, нічними кошмарами, що повторюються, і психосоматичними розладами [1].

**Мета.** Висвітлення результатів теоретичного аналізу проблеми надання психологічної допомоги населенню у надзвичайній ситуації.

**Виклад основного матеріалу.** Зростання кількості надзвичайних ситуацій призводить до збільшення числа осіб з гострою реакцією на стрес, так само як і числа вторинних жертв. Водночас з цим має місце накопичення в соціумі осіб з такими пролонгованими розладами, як посттравматичний стресовий розлад і розлад адаптації.

Даний синдром знайшов офіційний статус - "посттравматичний стресовий розлад" - ПТСР (posttraumatic stress disorder - PTSD). Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) відноситься до найбільш виражених негативних психологічних наслідків переживання людиною екстремальних стресових ситуацій. ПТСР спочатку був визначений як психологічна реакція на війну та як психологічні переживання ветеранів війни, але потім це поняття

розповсюдилося й на інші події, такі як природні лиха, викрадення, дорожні пригоди та медичні травми.

Посттравматичний стресовий розлад характеризується трьома категоріями симптомів:

а) нав'язливі переживання травматичної події, які епізодично повторюються;

б) уникання будь-яких нагадувань події з занімінням загальної емоційної чутливості;

в) підвищена збудливість, яка виявляється в комплексі гіпертрофованих психофізіологічних реакцій [2].

Діагноз ПТСР виставляється у випадку, якщо у людини була травмуюча ситуація або він став свідком події, яка представляла реальну або можливу загрозу смерті або травми йому або іншим людям. При цьому, у нього в **перебіг** не менше одного місяця наголошувалися феномени переживання події наново, уникнення стимулів, що асоціюються з травмою, і підвищена збудливість у вигляді дратівливості, порушення сну, труднощі концентрації уваги, відчуття страху і безпорадності.

В більшості випадків, особливо при сприятливій сімейній обстановці і хороших соціальних умовах, спостерігається одужання. Можлива затяжна течія з наростаючою психопатизацією та епізодами антисоціальної поведінки [1].

У кожній служби, ліквідацією наслідків надзвичайної ситуації, що займається, є свої критерії оцінки заподіяного збитку і чинників, що впливають на тяжкість наслідків. Вони матеріальні, об'єктивні і добре прораховуються. Зовсім інша справа у психологів. Чи стане та або інша подія надзвичайною ситуацією і наскільки важкими будуть наслідки, залежить не тільки від «технічних» характеристик, хоча і вони грають цілком певну роль в розвитку психічних розладів, але і від тимчасових параметрів - день тижня і час доби. Або кількість людей в епіцентрі - велика скупченість не тільки призводить до

більшої кількості жертв, але і породжує паніку, що збільшує число вторинних жертв.

Чи опиниться реальна надзвичайна ситуація стресогенним чинником, залежить і від такого чинника як раптовість або очікуваність надзвичайної ситуації і прогностична оцінка майбутніх подій. Цікаво, що якщо прогнози (навіть невтішні) виправдовуються, це вселяє упевненість, якщо не збігаються - внутрішню невпевненість і страх перед майбутнім [1].

Залежно від соціальних наслідків розрізняють наступні види надзвичайної ситуації:

1. Надзвичайна ситуація не приводить до відчутних втрат (автомобільна аварія). У цих випадках загроза загибелі зникає й вірогідність її повторення мала;

2. Надзвичайна ситуація не наносить відчутних втрат, але існує небезпека її повторення (повторні землетруси);

3. Надзвичайна ситуація виникла, але вона не вирішилася і може продовжуватися невизначений час (захоплення заручників);

4. Надзвичайна ситуація привела до загибелі близької людини, завданий значного матеріального збитку і соціального положення особистості залишається невизначеним.

Особливу роль у виникненні психічних розладів грає не стільки сама надзвичайна ситуація (ступінь реальної загрози), скільки те, як особистість її сприймає. Виникне чи ні гостра стресова реакція (коли і наскільки важка) залежить від індивідуальної уразливості і адаптивних здібностей людини. Важливо і те, яка думка у нього склалася про ту або іншу надзвичайну ситуацію.

Надання психологічної допомоги населенню насамперед припускає проведення підготовчих заходів, які у результаті повинні звести до мінімуму

кількість жертв і матеріальний збиток від надзвичайної ситуації. Необхідні заходи проводяться згідно деяким пунктам:

1. Розробка і вдосконалення концепції надання психологічної допомоги при надзвичайній ситуації;

2. Прогнозування нового вигляду надзвичайних ситуацій;

3. Формування постійних груп психологічної допомоги, які у складі підрозділів негайного реагування безпосередньо беруть участь в наданні допомоги у вогнищі надзвичайної ситуації;

4. Вивчення загальних закономірностей перебігу психічних розладів, зв'язаних з надзвичайною ситуацією, розробка нових методів їх експрес-діагностики і терапії;

5. Розробка критеріїв експертної оцінки психічних розладів, що виникають під час і після надзвичайних ситуацій;

6. Організація курсів підвищення кваліфікації психологів, відповідальних за надання психологічної допомоги на місцях та видання наукової і навчально-методичної літератури з психології, присвяченій питанням організації надання допомоги при надзвичайній ситуації;

7. Підготовка і проведення навчання, що імітують різні надзвичайні ситуації [5].

Для надання психологічної допомоги населенню на місцях насамперед представляється доцільним виділення відповідальну особистість за проведення необхідних заходів і надання відповідної допомоги. Як правило, відповідальність за надання допомоги покладається на службу психологічного забезпечення.

Головною метою служби психологічного забезпечення є максимальне сприяння особистому розвитку працівників, формування готовності до ефективної професійної діяльності, допомога у вирішенні складних

психологічних проблем, подолання стресових впливів та значного нервово-психічного напруження та інше [1].

Начальник служби психологічного забезпечення повинен скласти план надання допомоги, в якому слід освітити наступні питання:

1. Природні надзвичайні ситуації, які можуть мати місце в зоні обслуговування;
2. Установи з підвищеним ризиком виникнення надзвичайної ситуації;
3. Вірогідна кількість первинних і вторинних жертв.

Окрім цього, відповідальний з надання психологічної допомоги повинен заздалегідь визначити групу психологів, які притягуватимуться для надання спеціалізованої допомоги.

Необхідно також мати план взаємодії групи психологічної допомоги з лікарями інших спеціальностей, а також з іншими фахівцями, що надають допомогу; якими силами виявлятиметься медична допомога, якими установами виявлятиметься спеціалізована психологічна допомога і якими шляхами доставлятимуться потерпілі до стаціонару. Необхідно заздалегідь провести "тимчасові" розрахунки, які визначають, через який час потерпілому буде надана та або інша спеціалізована допомога.

Представляється також необхідним:

1. Виділення об'єктів, які вимагають особливої уваги (школи, будинки-інтернати, лікарні, пологові будинки);
2. Використання засоби масової інформації для підвищення обізнаності населення про наслідки надзвичайної ситуації і діях, які необхідно робити;
3. Координація роботи з іншими неурядовими організаціями, що беруть участь у наданні допомоги (церква, добродійні об'єднання, добровольці).

При організації психологічної допомоги в епіцентрі ситуації, окрім оперативної інформації отримує зведення про ступінь залученості місцевих лікарів.

Як правило, під час надзвичайної ситуації, до яких залучаються значні маси населення спостерігаються найбільш важкі емоційні і когнітивні порушення, які мають місце в перші дні після катастрофи, коли разом з перенесеним страхом спостерігаються реакції горя, викликані втратами родичів, друзів, сусідів, втрати житла і майна. Типові для гострої дії реакції в значній мірі знижують працездатність і якість професійної діяльності [4].

З моменту виникнення надзвичайної ситуації і до появи можливості надання необхідної висококваліфікованої спеціалізованої допомоги проходить певний час.

Групи психологічної допомоги після прибуття в епіцентр надзвичайної ситуації повинні оцінювати стан потерпілих з урахуванням декількох параметрів:

1. Психічний стан індивіда - ступінь вираженості і вид гострої реакції на стрес;
2. Загальний стан організму - глибина вираженості катаболічного етапу шоку;
3. Об'єм допомоги, який був наданий потерпілому під час медичного огляду.

Психологічна допомога постраждалим повинна базуватися на наступних положеннях.

Системність та багаторівневість впливу. Принцип має на увазі орієнтованість психотерапії одразу у трьох основних напрямках, у кожному з котрих виділяється декілька рівнів.

Перший напрямок — біологічний. У ньому виділено п'ять рівнів: організму, функціональних систем, фізіологічних систем (системи органів, на які безпосередньо спрямовуються психотерапевтичні впливи), органів, окремих груп клітин.

Другий напрямок — психологічний (психічний). Він включає до себе три рівні: особистісний (вищий та тотальний рівень даного напрямку, що передбачає корекцію особистісних установок, системи моральних цінностей), сфер психіки (сприйняття, емоцій, пам'яті, мислення та інших), окремих якостей сфер психіки (наприклад, укріплення та потенціювання впевненості, спокою, витримки).

Третій напрямок — соціальний, що передбачає макросоціальну, мікросоціальну реадаптацію особистості (відновлення або корекція рольових позицій взагалі та у родині, інших мікросоціальних групах), аутореабілітації [3].

Основні принципи підсистеми надання психологічної допомоги перераховані нижче.

Етапність психотерапевтичних впливів заснована на дидактичному підході, тобто психотерапія проводиться в три етапи (седативно-адаптуючий, лікувально-коригуючий, профілактично-закріплюючий).

Комплексність — один з базових принципів, де мається на увазі як використання лікувальних методів (фармако-, фізіо-, рефлексотерапію, лікувальну гімнастику), так і декілька психотерапевтичних напрямків і технік для одної людини (одночасно чи послідовно, в залежності від завдань етапу системи). Даний принцип дозволяє максимально інтенсифікувати допомогу за рахунок взаємного потенціювання ефектів різних впливів, що регулярно використовуються.

Диференційоване поєднання та ієрархічність симптоматичної, патогенетичної та профілактичної спрямованості психотерапевтичних заходів у залежності від клініко-психопатологічних та анамнестичних особливостей людини, особливостей її психологічного, психічного стану, супутньої патології, впливу шкідливих чинників (психосоціальних, професійних, уражаючих факторів НС тощо) та особистісного реагування на них.



Максимальна індивідуалізація психотерапевтичного впливу (вибір його напрямків, технік та їх сполучень) визначається, перш за все, характером психопатологічних проявів, особливостями особистості, наявністю, ступенем важкості органічної патології.

Перманентність передбачає проведення динамічного спостереження за людиною, якої назначено підтримуюче лікування та курси психотерапії [4].

**Висновки.** Розвиток психологічної служби МНС України на сучасному етапі потребує впровадження інноваційних психотерапевтичних, психокорекційних та психопрофілактичних технологій. Підвищення кваліфікації практичних психологів та збільшення кількості працівників служби психологічного забезпечення МНС України.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.04 / І.В. Шаллан; Київ. нац. ун-т ім. Т.Шевченка. — К., 2000. — 20 с.: рис. — укр.
2. Напрєєнко О. К., Марчук Т. Є. Клінічна характеристика варіантів перебігу посттравматичного стресового розладу // Архів психіатрії. — 2002. — № 1. — С. 117–119.
3. Актуальні проблеми психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф / С. І. Табачніков, Є. Г. Гриневич, В. В. Домбровська, М. В. Маркова, А. В. Шубін, О. М. Лещенко, І. М. Башинська // Архів психіатрії. — 2002. — № 1. — С. 5–8.
4. Александровский Ю. А. Социально-стрессовые расстройства: модели развития и их клинико-диагностические характеристики // Психиатрия и общество: Сборник научных работ, посвящённый 80-летию ГНЦССП им. В. П. Сербского (Москва, 5–7 декабря 2001 г.). — М.: Гэотар-Мед, 2001. — С. 32–49.

5. Табачников С. И. Общие подходы к профилактике, психотерапии и коррекции состояний психической дезадаптации лиц, работающих в экстремальных условиях // Вісник психічного здоров'я. — 1999. — № 1. — С. 42–51.