

НАДЗВИЧАЙНА СИТУАЦІЯ ЯК ВИКЛИК: СОЦІАЛЬНА І ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ЗДОРОВ'Я

AN EMERGENCY AS A CHALLENGE: PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL HEALTH SUPPORT

На основі теоретичного аналізу міжнародних стандартів констатується, що загальноприйнятий порядок дій у надзвичайних ситуаціях розгортається в єдиному напрямі – запобігання наслідкам і нейтралізації їх. Для формування політики психічного та психологічного здоров'я й безпеки обґрунтовується необхідність перегляду системи першої психологічної допомоги: (1) унесення доповнень щодо інституційних умов, природних і національних особливостей, потреб населення; (2) використання корекційно-розвивальних практик зняття гострого стресу, психодіагностики. Для зменшення ризиків негативних наслідків для постраждалих і підвищення їх стійкості психологічного та психічного здоров'я пропонуються практики соціально-психологічної допомоги й адаптований до українських реалій план основних дій першої психологічної допомоги, а саме: налагодження контакту за правилами культурного середовища; підвищення безпеки та забезпечення фізичного й емоційного комфорту; стабілізація емоційного стану, надання емоційної підтримки та формулювання орієнтирів щодо перспектив; визначення актуальних потреб і проблем постраждалих, збору необхідної інформації для надання підтримки й допомоги; складання плану допомоги й вирішення наявних потреб/проблем; установа коротко-тривалих і довготривалих контактів, зв'язків із фахівцями організацій соціальної підтримки; інформування щодо психофізичних реакцій у надзвичайних ситуаціях і способів їх корекції; розроблення дорожньої карти допомоги, керуючись якою постраждалі приймають рішення щодо вибудовування подальших власних дій. Наголошується на тому, що внесення доповнень у загальноприйнятну систему першої психологічної допомоги сприятиме покращенню якості життя й забезпеченню прав і свобод людини в міжвідомчому просторі держави, запропоновані практики можуть використовуватися в конструюванні цілісної системи охорони психічного та психологічного здоров'я.

Ключові слова: надзвичайна ситуація, психологічна й соціальна підтримка, здоров'я, перша психологічна допомога.

Basing on the theoretical analysis of international standards, the article author states that the generally accepted procedure for actions in emergencies has a single aim to prevent and neutralize consequences. To form a policy for mental and psychological health and safety, the first psychological aid system should be revised as follows: (1) additions must be made by taking into account institutional conditions, natural and national characteristics, population's needs; (2) correctional and developmental practices must be applied to perform psychological examination and to relieve acute stresses. To reduce negative consequences for victims and increase their resilience, improve their psychological and mental health, the article proposes several social and psychological assistance practices and a basic plan of first psychological assistance adapted to Ukrainian realities. This work includes: to establish contacts according to the cultural rules; to increase safety and provide physical and emotional comfort; to stabilize people's emotional states, provide emotional support for them and formulate guidelines for their prospects; to identify victims' needs and problems, collect necessary information for support and assistance; to draw up an assistance plan solving existing needs/problems; to establish short-term and long-term contacts with specialists in social support organizations; to inform about possible psychophysical reactions in emergencies and ways to correct them; to develop a roadmap for assistance, helping victims make decisions on their own actions. The article emphasized that the additions introduced into the generally accepted system of psychological aid will improve the quality of life and human rights and freedoms in various areas of the state; the proposed practices can be used to build a holistic system of mental and psychological health preservation.

Key words: emergency, psychological and social support, health, first psychological aid.

УДК 159.9>613.8
DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.32.32>

Довгань Н.О.

д.психол.н.,
старший науковий співробітник
лабораторії психології політико-
правових відносин
Інститут соціальної та політичної
психології Національної академії
педагогічних наук України

Згідно з еталонними міжнародними матеріалами та законодавством України, можуть корегуватися стандарти першої психологічної допомоги (далі – ППД) – соціальної і психологічної підтримки в надзвичайних ситуаціях, що реалізується неметодичними працівниками. При цьому виважений підхід до розробки доповнень, які відповідають територіальним умовам держави й ментальним особливостям громадян, має на меті запобігання загрозам ризиків як у соціальному (забезпечення гідної життєдіяльності громадян), так і психологічному (збереження та покращення ментального здоров'я) аспектах.

Чітке розведення соціальних і психологічних дій ППД сприятиме конкретизації змісту

підтримки постраждалих і формулюванню науково-практичних засад побудування технологій із надання екстреної та реабілітаційної допомоги членам територіальних громад, які стали жертвами чи свідками надзвичайних ситуацій (далі – НС).

Мета статті полягає в конкретизації адаптованого до українських реалій плану соціальної підтримки освітян, на основі якого можливе конструювання комплексу корекційно-розвивальних практик підтримки психологічної стійкості громадян у надзвичайних ситуаціях.

Питання, що виникають під час НС, мають універсальний у світовому охопленні характер. По-перше, наслідки кризових зсувів соці-

ального та природного походження, по-друге, прояв психічних порушень (фізичних особливостей, реакцій на душевні страждання й проблеми тощо) та психологічних проблем, які відображують стан людини. Саме тому в міжнародному просторі за рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я змістовність *першої психологічної допомоги* наповнюється діями, необхідними для підтримки людей, які пережили травматичні події та, можливо, перебувають у важкому стані [13].

Для конструювання стратегій збереження психічного і психологічного здоров'я громадян різних держав в умовах НС у 2016 році ВООЗ конкретизовано поняття здоров'я та технології ППД. На основі того що загальна допомога постраждалим ніколи не складається тільки з вирішення фізичних і медичних проблем, у процес ППД включено дії з *психологічної допомоги*: охорони психічного, психологічного здоров'я та соціальних послуг. Необхідно зазначити, що за спеціальною ініціативою ВООЗ *здоров'я* означається не станом відсутності хвороби (або недугів), а повним фізичним, психічним і соціальним благополуччям. Відповідно, у світовому масштабі як системний елемент загального реагування ППД представляється суспільною формою доступної підтримки, яка надається в перші години та дні надзвичайних і кризових ситуацій і включає дії щодо захисту постраждалих [8; 9; 13; 16]. Згідно з еталонними документами ВООЗ, ППД становить складник готовності до НС як пересічних громадян, так і спеціалістів певного профілю (психологів, вчителів, пожежників, поліцейських, медичного персоналу тощо). ППД як системний елемент загального реагування, як складник готовності до НС, як частина системи охорони психічного здоров'я визначається процесом, у якому реалізується *психологічна й соціальна підтримка* [2; 3; 4; 5].

На основі теоретичного аналізу дієвих на міжнародному рівні стандартів щодо охорони здоров'я зазначимо, що в конструюванні порядку дій у НС акцент ставиться саме на (1) вибудовуванні системного підходу до виявлення, оцінки та зменшення травматичних факторів, (2) знаходження алгоритмів профілактичних практик, (3) формування готовності до НС. Тобто затверджені ВООЗ стратегії щодо психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (Mental health and psychosocial support (далі – МНПСС)) і зниження ризику стихійних лих (Disaster Risk Reduction (далі – DRR)) розгортаються в сучасному світі в єдиному напрямі – *запобігання наслідкам і нейтралізації наслідків надзвичайних ситуацій*, а саме:

– суттєвого зниження ризику лих і життєвих утрат, засобів існування та здоров'я, економічних, фізичних, соціальних, культурних та екологічних активів людей, підприємств і країн;

– визначення ризиків підвищення сприйнятливості окремих осіб і суспільної системи до впливу небезпек, що опосередковуються фізичними, соціальними, економічними й екологічними факторами;

– визначення детермінантів уразливості громадян у НС (стану психічного здоров'я, психосоціальних стресорів, епізодів насильства, конфліктів, спалахів хвороб, погіршення стану навколишнього середовища, бідності тощо) [9; 11; 15].

Виділяючи не вирішені раніше частини проблеми, зазначимо, що інтеграція стратегій з охорони психічного здоров'я у світовому масштабі сприяє формуванню умов, за яких індивідуальні й колективні суб'єкти залучаються до участі в заходах щодо запобігання наслідкам, реагування та відновлення наслідків НС і забезпечення готовності до НС [15]. Відповідно до спеціальної ініціативи ВООЗ щодо психічного здоров'я, здійснюється впровадження ключових стратегічних позицій у політичний простір більше 70 держав (серед яких Україна) і територій, що презентували пріоритет вирішення питань психічного та психологічного здоров'я. Змістовність позицій полягає в розповсюдженні нормативів і технічних пакетів ВООЗ, що будуть дієвими в конкретних умовах, забезпечення тісної співпраці з відповідними державними відомствами та стратегічними партнерами. До співпраці залучаються органи на місцях, мережа близьких за тематикою центрів ВООЗ, люди із життєвим досвідом подолання наслідків НС і забезпечення ППД, асоціації професіоналів (учителів, соціальних працівників, психологів, медиків), вищі навчальні заклади й установи ООН тощо. Вибудована система співробітництва й координації дій сприяє збільшенню масштабів підтримки психічного та психологічного здоров'я та її якості. Для реалізації місії щодо формування політики психічного та психологічного здоров'я (стратегій, законів) і безпеки відбувається, по-перше, поступове введення міжнародних стандартів у сфері прав людини в дію в різних державах (серед яких і стандарт ППД у НС); по-друге, використовуються напрацьовані у сфері здоров'я, поглиблене вивчення інституційних умов, природних і національних особливостей, потреб населення та перепон у розширенні послуг охорони здоров'я [16].

Щодо розгортання питань підтримки психічного та психологічного здоров'я й запобігання психосоціальним ризикам у НС в Україні зазначимо, що в розробленій Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року констатується існування в суспільному просторі стратегії, що є продовженням практик радянської системи з усіма її перевагами та недоліками. Порушуються

питання забезпечення профілактики негативних впливів на здоров'я громадян, необхідності осучаснення психосоціальних методів та організації охорони психічного здоров'я, реабілітаційних заходів, організації служб охорони психічного здоров'я, які функціонуватимуть у територіальних громадах [1]. Це обґрунтовує актуальність конкретизації дієвих в Україні форм ППД – на рівні територіальних громад та індивідуальної допомоги, які, з одного боку, відповідатимуть задекларованим на міжнародному рівні практикам надання допомоги та завданням Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні, з іншого – за рахунок розширення психологічного аспекту підтримки, сприятимуть психологічній стійкості громадян у надзвичайних ситуаціях.

Конкретизація плану соціальної підтримки освітян і конструювання комплексу корекційно-розвивальних технологій психологічної підтримки здійснювалася на основі отриманих якісними та кількісними методами даних щодо особливостей соціально-психологічних відмінностей громадян і їх позиціонування в НС: опитувальник «Уявлення про ситуацію Covid-19»; авторська процедура дискурс-аналізу проблематики соціальних практик освітян у надзвичайній ситуації COVID-19 (загальний обсяг – 56 текстів експертних джерел і дані інтерв'ю 170 осіб еквівалентної групи).

Для реалізації дослідження формувалися вибіркві сукупності (емпірична, цільова, тематична) з урахуванням особливостей діагностичної програми. Емпіричну вибірку становили 97 респондентів, в еквівалентну вибірку увійшли 170 осіб: цільова вибірка складалася з матеріалів інтерв'ю (170 осіб) та експертних джерел за тематикою дослідження. Тематична вибірка використовувалася для забезпечення триангуляції даних.

Конструкція якісно-кількісного дослідження вибудовувалася згідно з процедурами контролю загроз валідностей J.A. Maxwell (описова, інтерпретативна, теоретична процедури), які дали змогу реалізувати мішану стратегію, спрямовану на отримання достовірних даних. Підвищення надійності вимірювань здійснювалося завдяки комплексному використанню дослідницьких процедур, серед яких – триангуляції даних (свідчень, зібраних із різних джерел) і методичної триангуляції (використання різних методів збору інформації). Аналіз даних здійснювався відповідно до сформульованих теоретичних поглядів, артикульованих критеріїв оцінки якості й процедур контролю загроз валідностей.

Для конкретизації адаптованого до українських реалій плану соціальної підтримки освітян, на основі якого можливе конструювання комплексу корекційно-розвивальних практик, визначено, що дії із соціальної та психологіч-

ної підтримки здоров'я постраждалих у НС, діючі на міжнародному рівні, реалізуються в таких рамках:

- пріоритетів збереження психологічного здоров'я (розуміння ризику лих; зміцнення систем управління ризиками; інвестиції в діяльність щодо досягнення стійкості громадян; підвищення їхньої готовності до бід);

- алгоритмів запобігання ризикам НС і підвищення стійкості щодо психологічного/психічного здоров'я, соціальних потреб певних цільових груп [6; 10; 14].

Констатовано, що, згідно з міжнародною стратегією з охорони психічного здоров'я, план ППД в НС (що використовується й в Україні) складається з основних дій, змістовність яких формується на основі запитів постраждалих і суспільних можливостей.

Дія перша: налагодження контакту та взаємодії.

Мета: відповідати на запити постраждалих або ініціювати контакти в ненав'язливий, співчутливий, підтримувальний спосіб.

Завдання дії: обережно, з повагою до особливостей, норм і правил культурного середовища, не поспішаючи, вибудовувати контакти для забезпечення конструктивної взаємодії: (а) з постраждалими (індивідуально чи з групою), які їх шукають; (б) з людьми, які демонструють емоційну нестабільність (перепади настрою, імпульсивні вчинки і слова, ослаблений контроль над собою); (в) із сім'єю (з представником сім'ї/з дітьми).

Дія друга: сприяння безпеці та комфорту постраждалих.

Мета: підвищити безпеку й забезпечити фізичний та емоційний комфорт постраждалим.

Завдання дії: сприяти зменшенню стресу і стурбованості; надати допомогу в інформуванні, пошуках близьких.

Для досягнення умовного стану комфорту й безпеки постраждалих, задоволення вітальних потреб у самозбереженні, самопідтримці, в інформації та знаходженні безпечного місця перебування використовують доступні соціально-психологічні та матеріальні ресурси, соціальні контакти (з медиками, родичами та ін.). Діти й підлітки розміщуються поряд із дорослими чи (емоційно стабільними) однолітками, отримують пояснення щодо НС і реакцій оточуючих. У разі вирішення проблем дитини, яку не супроводжують дорослі, виконується запит у відповідні інстанції щодо її імені, батьків/опікунів, родичів, адреси проживання, школи тощо. Дітям надається інформація про ситуацію в зрозумілій формі, людей/організації, що надають допомогу, майбутні тактики поведінки. Для допомоги дітям залучаються вихователі/вчителі, які мають досвід роботи з дітьми різного віку.

Важливо: у роботі з постраждалими зрозуміти, що вони відчувають; звернутися до фахівців у разі виникнення ускладнень із фізичним здоров'ям, психічним станом, налагодити соціальну підтримку (родини, друзів, близьких), попередити людей у випадку виникнення загрози безпеці.

Дія третя: стабілізація стану.

Мета: стабілізація емоційного стану постраждалих.

Завдання дії: надати емоційну підтримку та сформулювати орієнтири подальших дій.

Протягом дії третьої особи, які допомагають, аналізують стан постраждалих щодо травматичного впливу НС на психічну діяльність. Якщо постраждалі демонструють ознаки психологічної травми (психопатологічні розлади емоційного стану), їм пропонується звернутися до фахівців (психологів, психіатрів, медиків) для визначення першочергових потреб та отримання психологічної допомоги.

Важливо: у разі погіршення самопочуття в постраждалих уточнюється рекомендовані їм раніше лікарями призначення для оптимізації стану здоров'я. Якщо постраждалі демонструють сильне збудження, схильні до поведінки, яка може загрожувати безпеці оточуючих, необхідно звернутися до фахівців сфери охорони здоров'я для отримання рекомендацій щодо засобів компенсації гострих травматичних стресових реакцій.

Дія четверта: збір інформації.

Мета: визначення актуальних потреб і проблем постраждалих, збір необхідної інформації для підтримки й допомоги.

Завдання дії: збір інформації та ранжування наявних потреб і проблем постраждалих.

Для ефективності вибору засобів ППД та планування майбутніх тактик підтримки проблеми й актуальні потреби постраждалих підлягають ранжуванню від першочергових до таких, що можуть бути вирішені найближчим часом, для чого використовуються листи тематичних питань. За результатами співбесіди здійснюється узагальнення й ранжування наявних проблем постраждалих та уточнюється необхідність у медичній/психологічній консультації.

Дія п'ята: практична допомога.

Мета: надання практичної допомоги постраждалим.

Завдання дії: складання плану реалізації практичної допомоги й вирішення наявних потреб/проблем.

Для формування впевненості, що життя має перспективи покращення, постраждалим надається інформація щодо ресурсів допомоги. На основі проведеного ранжування проблем/потреб постраждалих розробляється покроковий план їх вирішення й засоби його виконання.

Перший крок. За допомогою консультантів постраждалі диференціюють перелік потреб на такі, що необхідно вирішувати негайно, і такі, що будуть вирішені найближчим часом.

Крок другий. Обговорення з постраждалими сутності першочергових проблем/потреб і визначення засобів їх вирішення.

Крок третій. Постраждалі з помічними складають план дій щодо вирішення проблем/потреб відповідно до доступної ресурсної бази.

Крок четвертий. Реалізація плану дій щодо вирішення проблем/потреб.

Дія шоста: налагодження зв'язку із соціальною підтримкою.

Мета: налагодження зв'язків постраждалих із суб'єктами допомоги.

Завдання дії: установа короткотривалих і довготривалих контактів із постраждалими; модерування їхніх зв'язків із фахівцями організації соціальної підтримки й іншими джерелами допомоги. Для відновлення здоров'я після НС особи-помічники спрямовують допомогу на підтримку здоров'я; емоційну підтримку; підтримку відчуття необхідності; підтримку самооцінки; соціальну підтримку; фізичну допомогу; матеріальну допомогу.

Дія сьома: надання інформації про підтримку в подоланні труднощів.

Мета: надання постраждалим інформації необхідної для адаптивного функціонування.

Завдання дії: інформування постраждалих щодо психофізичних реакцій у НС і способів їх корекції.

Для подолання дезорієнтувального впливу НС постраждалим надається тематична інформація: про реакції на травматичні переживання й втрати; про особливості взаємодії в умовах НС з молодшими дітьми, підлітками, людьми похилого віку; про адаптивні дії подолання наслідків НС; про методи виживання; техніки релаксації.

Дія восьма: налагодження взаємодії із суміжними службами.

Мета: налагодження системної допомоги постраждалим.

Завдання дії: розроблення дорожньої карти допомоги, керуючись якою постраждалі приймають рішення щодо вибудовування подальших власних дій.

Наголосимо, що, відповідно до прийнятої на міжнародному рівні послідовності дій ППД, підтримка здоров'я постраждалих у НС реалізується згідно із соціальною політикою держав щодо розширення або відновлення здатності громадян до соціального функціонування, при цьому психологічна підтримка ментального здоров'я залишається недостатньою. Саме тому для адаптації міжнародного плану основних дій ППД до українських реалій і забезпечення відповідності заде-

кларованій в Україні Концепції¹ додаткового психологічного інструментарію проводилося вивчення уявлень громадян про НС (Covid-19) і використовуваних соціальних практик у часи суспільних змін і НС.

За допомогою авторського *опитувальника «Уявлення про ситуацію Covid-19»* визначено, що в умовах НС, з одного боку, спрямованість, процесуальність соціальних практик респондентів опосередковує перебіг суспільних змін і варіативність сценаріїв проживання часів НС; з іншого – форми соціальних практик, що використовуються, – допомагаюча-адаптаційна, оптимістична, аналітична, протестна – не пояснюються доцільністю й культурними нормами – їх ситуативна варіативність формує контраргументовані прояви соціальної активності, тобто (дест-) конструктивні сценарії розгортання НС.

Для вивчення соціальних практик респондентів у часи соціальних змін і НС використовувався метод *дискурс-аналізу*, у межах котрого здійснювався покроковий комплексний аналіз дискурсивних конструкцій. На основі виокремлених типових дескрипторів (n = 156), що не обмежуються локальними ситуаціями, а діють і в глобальному контексті соціальної системи, проаналізовано *маркери дискурсивної мобільності* (соціально-психологічні відмінності позиціонування в часопросторі): модуси як соціальні практики конструювання смислів дій (n = 29); модальності як особливості світобачення, що опосередковують способи дій/взаємодій (n = 27); мовні індекси як контекстні значення дій/взаємодій (n = 14); порядки індексів як особливості використання/вибудовування капіталів/ресурсів (і в НС) (n = 32); соціокультурні ефекти дій/взаємодій (n = 32); показники конгруентності контекстуальним вимогам дій/взаємодій (n = 22).

На основі виокремлених тематичних індикаторів сформульовано висновок, що сучасники використовують життєві досвіди в практиках в НС, але діють згідно із запитами контексту й особливостей НС. Тобто конструкти текстів акторів у разі їх відповідності контексту мають суспільну значущість, а в разі змін контекстуальних умов відбувається оновлення змістовності соціально-психологічних домінант поведінки, які й опосередковують форми соціальних практик у НС. По-перше, соціальні (контекстуальні) і соціально-психологічні (текстуальні) процеси опосередковують готовність акторів до НС. По-друге, вибір стратегій подолання наслідків НС і текст/контекстуальне позиціонування респондентів в умовах змін обумовлюється формами життєдіяльності (соціокультурними стилями життя), яких вони дотримуються. По-третє, поведінку в умовах

НС обумовлює досвід акторів, їх володіння сучасними технологіями; фігуративні зв'язки, що використовуються в діях/взаємодіях; соціальні умови життя.

У цілому можемо зробити висновок, що соціальні практики респондентів в умовах НС є відображенням взаємовпливів суб'єктів і навколишнього середовища та мають реалізацію в міжособистісних і колективних системах взаємодій і взаємодопомоги. На нашу думку, форми соціальних практик у НС свідчать про розмежування дискурсивних голосів відповідно до їх конструктивних/деструктивних поведінкових реакцій і психофізіологічних станів, що виникають у НС (наявності ознак і симптомів стресу/дистресу). Щодо відповідності територіальним і ментальним особливостям населення України рекомендованих ВООЗ базових міжнародних стратегій ППД та практик, які реалізуються учасниками освітнього процесу, зауважимо, що для зменшення первинного посттравматичного дистресу та сприяння коротко- й довгостроковому адаптаційному функціонуванню в умовах НС *вісім основних дій* (соціальної підтримки, яка реалізується непрофесіоналами – непсихологами) необхідно доповнити корекційно-розвивальною технологією психологічної підтримки, адже в результаті НС у громадян діагностуються ознаки як незначних стресових реакцій, так і психосоціальних порушень, які свідчать про текст/контекстуальну неконгруентність осіб, які перебувають у НС і потребують професійної допомоги. Саме тому дія третя була розширена техніками стабілізації емоційного стану, зменшення тривожності, релаксації; дії четверта, п'ята, шоста доповнені листами тематичних питань щодо особливостей пережитого у НС, утрат, загроз/проблем, переліку потреб, задоволення яких має утруднення, переліку матеріальних/нематеріальних ресурсів, які можуть отримати постраждалі; запропоновано карти діагностування психічного стану; дія сьома доповнена інформаційними картами соціальної допомоги.

На підставі того що в ППД учасникам освітнього процесу задіяні, з одного боку, професіонали-освітяни (викладачі, соціальні педагоги та вихователі, фахівці соціально-психологічної служби), з іншого – учні, студенти навчальних закладів, з третього – батьки, розширені практики допомоги представлено у вигляді системи взаємопов'язаних рівнів ППД, у яких використовується розроблений корекційно-розвивальний комплекс.

На *першому рівні* проводиться робота з мінімізації небажаних психологічних наслідків НС і запобігання розвитку посттравматичних стресових розладів методом дебрифінгу.

На *другому рівні* для стабілізації стану й забезпечення безпеки постраждалих вико-

¹ Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року.

ристовується комплекс практик А, В, С. Практики А спрямовані на забезпечення переміщення постраждалих у місця безпечної дислокації (реалізуються керівниками закладів згідно з положеннями чинного законодавства). Практики В – це діагностування стану постраждалих за протоколом фіксації поведінкових (не) специфічних проявів С.А. Поліщук:

– неспецифічних особливостей реагування організму на перебування людини в загрозливих для її життя і здоров'я ситуаціях (мозку, ендокринної системи, автономної нервової системи, серцево-судинної системи, системи травлення, м'язів, шкіри);

– специфічних особливостей сприйняття людиною психологічного часу (відображувально-поведінкова взаємодія людини з навколишнім світом як часова організація психіки).

Практики С – це проведення індивідуального психологічного обстеження за допомогою комплексу методик психологічної діагностики стресових розладів і структурованого інтерв'ю (чотири блоки запитань щодо особистих даних, відомостей про родину, стану здоров'я та психологічних показників, опису надзвичайної ситуації та поточних обставин);

На *третьому рівні* проводиться кризове психологічне консультування постраждалих, спрямоване на роботу з інтенсивними відчуттями (тривоги, страху, паніки, агресії, деперсоналізації тощо), запобігання суїцидам, дезадаптації та запобігання виникненню посттравматичних стресових розладів.

Підбиваючи підсумки, зазначимо, що, відповідно до прийнятої в міжнародному правовому полі стратегії конструювання й використання технологій охорони здоров'я громадян, алгоритми реагування на проблеми, що виникають, й управління поведінкою учасників НС поступово заміщуються формами контролю ризиків та укріплення суспільної стійкості. Обрані проактивні форми використовуються як такі, що сприяють досягненню загальної мети міжнародної системи охорони здоров'я: запобігання виникненню проблем та усунення/зниження негативних впливів НС на здоров'я громадян [10; 15].

На нашу думку, запропонована трирівнева система психологічної підтримки як продовження й доповнення апробованого в багатьох державах світу (й в Україні також) комплексу восьми основних дій ППД може використовуватися для нейтралізації гострого стресового розладу та запобігання розгортанню посттравматичного стресового розладу, адже лише на відстані 24–72 годин від гострої фази НС можна констатувати стійкі симптоми/ознаки стресу, які в разі їх збереження стають підставами констатації розгортання посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

У представленому плані дії із соціальної та психологічної підтримки постраждалих в НС практики соціально-психологічної допомоги, що відповідають сучасним українським реаліям, розроблялися в контексті *підходу зниження ризиків негативних впливів НС*.

Можна констатувати, що, згідно з Концепцією розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, для покращення якості життя й забезпечення прав і свобод людини в міжвідомчому просторі держави поступово утворюється цілісна система охорони психічного та психологічного здоров'я. По-перше, за рахунок підвищення рівня обізнаності громадян щодо здоров'я в суспільстві й подолання стигматизації; по-друге, внесення змін до законодавства та приведення кваліфікаційних характеристик професій у сфері охорони психічного й психологічного здоров'я у відповідність до міжнародних стандартів.

Водночас у контексті реалізації державної стратегії охорони психічного та психологічного здоров'я та розгортання конструктивних форм поведінки в НС запропоновано трирівневу систему ППД та практично-діагностичний інструментарій, як доповнення до апробованого комплексу восьми основних дій психологічної підтримки, яке сприятиме корегуванню гострого стресу та зменшить ризики негативних наслідків НС для здоров'я постраждалих.

Автор дякує колективу лабораторії психології політико-правових відносин Інституту соціальної та політичної психології НАПН України й особисто В.М. Духневичу за допомогу в проведенні емпіричного дослідження та розробці практик соціально-психологічної допомоги, що відповідають сучасним українським реаліям.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року : Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1018-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#n8>.
2. Кривоконь Н. Соціально-психологічна підтримка як чинник подолання скрутних життєвих ситуацій. *Проблеми сучасної психології* : збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. URL: <http://journals.uran.ua/index.php/2227-6246/article/view/158333>.
3. Титаренко Т.М. Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя : монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 160 с.
4. Титаренко Т.М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

5. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. 2-е изд. Санкт-Петербург : Речь, 2002. 352 с.
6. A Guide to Psychological First Aid For Red Cross and Red Crescent Societies International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Reference Centre for Psychosocial Support 2018. URL: <https://pscentre.org/wp-content/uploads/2019/05/PFA-Guide-low-res.pdf>.
7. Fairclough N. Discourse and Social Change. Cambridge : Polity Press, 1992. 259 p.
8. Latika Nath Sinha. Mental health and Psychological first aid *Santosh University Journal of Health Sciences*. 2017. № 3 (1). P. 1–3. URL: https://www.academia.edu/33856152/Mental_health_and_Psychological_first_aid.
9. International Health Regulations. Third Edition 2016. Geneva, Switzerland: WHO. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>.
10. Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres 2015–2030. Versão em português não-oficial – 31 de maio de 2015. URL: https://www.unisdr.org/files/43291_63575sendaiframeworkportunofficial%5B1%5D.pdf.
11. Mental Health, Well-being and Disability: A New Global Priority Key United Nations Resolutions and Documents United Nations University, United Nations, World Bank Group, The University of Tokyo. 2015. *The University of Tokyo Komaba Organization for Educational Excellence (KOMEX)*. URL: <https://globalwellnessinstitute.org/wp-content/uploads/2018/04/Mental-Health-Well-being-Disability-A-New-Global-Priority.pdf>.
12. Maxwell J.A. *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. 1212. URL: https://www.researchgate.net/publication/43220402_p.221.
13. Ommeren M. and Saxena S. Psychological first aid: preserving dignity in crisis response Department of Mental Health and Substance Abuse. World Health Organization. Retrieved. 2016.
14. Psychological First Aid / J. Ruzek, M. Brymer, A. Jacobs, C. Layne, E. Vernberg, P. Watson. *Journal of Mental Health Counseling*. 2007. № 29. Number 1. P. 17–49.
15. Technical Note. Linking disaster risk reduction (DRR) and mental health and psychosocial support (MHPSS). Practical Tools, Approaches and Case Studies. *IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. 2021. URL: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-03/Technical%20Note%2C%20Linking%20Disaster%20Risk%20Reduction%20%28DRR%29%20and%20Mental%20Health%20and%20Psychosocial%20Support%20%28MHPSS%29-%20Practical%20Tools%2C%20Approaches%20and%20Case%20Studies.pdf>.
16. The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health. 2019. WHO. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310981/WHO-MSD-19.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
17. World Mental Health Day 2016 – Psychological first aid (2016). *World Health Organization*. URL: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2016/10/10/default-calendar/world-mental-health-day-2016---psychological-first-aid>.