

УДК 159.942

<https://doi.org/10.31891/PT-2023-2-6>

Лариса ПОДКОРИТОВА

Хмельницький національний університет

<https://orcid.org/0000-0002-2242-2576>

e-mail: podkorytoval@khmnu.edu.ua

Катерина ЛЕНЯ

Хмельницький національний університет

<https://orcid.org/0000-0003-4854-5272>

e-mail: katlenya2016@gmail.com

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПІД ЧАС ВІЙНИ: АНАЛІЗ ТЕОРЕТИЧНИХ ПІДХОДІВ

У статті подано результати теоретичного аналізу наявних визначень і моделей надання першої психологічної допомоги (ППД). Виявлено спільні риси у визначеннях ППД, визначена її мета та особливості надання у різні часові проміжки після травматичної події. Наведено і порівняно такі моделі ППД як RAPID PFA (Дж. С. Еверлі та Дж. М. Летінг) і MAASE (М. Фархі). Подано рекомендації ізраїльських фахівців щодо особливостей надання ППД у гострий період. Визначено основні аспекти надання ППД.

Ключові слова: перша психологічна допомога, стабілізація, traumatic event.

Larysa PODKORYTOVA, Kateryna LENYA

Khmelnitskyi National University

THE SPECIFIC OF THE PSYCHOLOGY FERST AID DURING THE WAR: THE ANALYSIS OF THEORETICAL MODES

The article presents the results of a theoretical analysis of the available definitions and models of providing psychological first aid (PFA). Common features in the definitions of PFA have been identified, its purpose and specifics of provision at different time intervals after a traumatic event have been determined. Such PFA models as RAPID PFA (by George S. Everly, Jr. and Jeffrey M. Lating) and MAASE (M. Farhi) are given and compared. Recommendations of Israeli specialists regarding the specifics of providing PFA in the acute period are presented. The main aspects of providing PFA have been determined.

The theoretical analysis of the definitions and models of psychological first aid identified by us in the psychological literature showed that there are quite a lot of common features between them, in particular, PFA is usually provided in the first days after experiencing a traumatic event, the main purpose of PFA is to stabilize the condition of the victim and prevent development in her PTSD; providing PFA does not require a psychological education, but special training in PFA is necessary, in particular, the possession of a number of skills and abilities (active listening skills, symptom assessment skills, the ability to apply mental self-regulation techniques in appropriate situations and teach them to others, the ability to be directive and benevolent at the same time).

Among the considered PFA models, we identified the Israeli MAAS'E model of Dr. M. Farhi as the most effective in wartime due to its clarity, practicality, brevity, and verification by the conditions of war.

Prospects for further research are seen in the practical adaptation and modification of the considered PFA models to the conditions of the war in Ukraine and the development of

relevant practical recommendations for the provision of psychological first aid to the population of Ukraine.

Key words: *the psychology first aid, stabilization, perception, experiences.*

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями

Внаслідок повномасштабної війни в Україні впродовж останнього року гостро постала потреба у психологічній допомозі громадянам України. А також виникла необхідність методологічного і методичного забезпечення цієї роботи, розробка програм та методичного інструментарію для надання першої психологічної допомоги населенню.

Актуальність нашого дослідження полягає у тому, що, з одного боку, напрацьовано багато теоретичного і практичного матеріалу щодо ППД, а з іншого бракує його теоретичного узагальнення і систематизації.

Аналіз досліджень та публікацій

Надання першої психологічної допомоги (далі за текстом ППД) населенню під час війни активно вивчають і розвивають практично ізраїльські психологи (А. Антоновський, Р. Дорум, М. Лаад, А. Гершанов, Г. Петрова, М. Фархі, М. Шерман та інші). Зокрема навесні і влітку 2022 року фахівці з кризової допомоги від Israel Trauma Coaliton проводили заняття для українських психологів, де ділились своїм досвідом щодо надання першої психологічної допомоги різним категоріям населення в умовах війни. Починаючи з 2014 року, темою першої психологічної допомоги більш активно стали займатися і вітчизняні психологи (науковці й практики), зокрема С. Гальцова, Н. Довгань, Я. Каплуненко, Н. Мілорадова, Р. Попелюшко, М. Сидоркіна, О. Скар, А. Терещук, С. Уварова, Ю. Цуркан-Сайфуліна та інші. Окрім того, розроблено та перекладено низку посібників з надання ППД [4; 7; 8]. У наукових і методичних працях про ППД подані її визначення, зміст, особливості надання різним категоріям населення тощо.

Формулювання цілей статті

Мета статті полягає у представленні результатів теоретичного дослідження особливостей першої психологічної допомоги населенню під час війни.

Виклад основного матеріалу

Зараз усе населення України знаходиться у під впливом війни, який, за своєю тяжкістю залежить і від умов, у яких знаходиться людина

(окупація, обстріли, передова, тил) й індивідуально-типологічних особливостей особистості. Але так чи інакше війна постає як постійне джерело стресу, у подоланні якого людині нерідко потрібна психологічна допомога.

С. Уварова розробила концептуальну модель психологічної допомоги особистості в умовах суспільної кризи, до яких належить і війна. Відповідно до зазначеної моделі, у ситуації суспільної кризи (у нашому випадку, війни) людина переживає три типи впливів: 1) травматичний унаслідок переживання екстремальних ситуацій; 2) соціально-стресовий (зокрема фонові переживання у тривалості кризи призводять до накопичення напруження, тривоги, виснажують тощо); 3) внутрішні конфліктні процеси, що актуалізуються під впливом суспільної кризи [9, с. 236]. У цій моделі дослідниця також визначає кілька етапів діяльності системи психологічної допомоги, сфокусованих на тих або інших аспектах впливу суспільної кризи на людину: 1) попередній орієнтувальний етап (переддопомога); 2) первинна (екстрена) допомога в гострих стресових станах; 3) вторинна (продовжена) допомога; 4) завершальний етап допомоги особистості [9, с. 237-238].

Є кілька визначень першої психологічної допомоги.

За визначенням ВООЗ, перша психологічна допомога (ППД) – гуманна, підтримуюча та практична допомога людям, які нещодавно постраждали від дії значних стресових чинників. ППД охоплює: ненав'язливе надання практичної допомоги та підтримки; оцінювання потреб і проблем; надання допомоги в задоволенні базових потреб (їжа, вода, одяг); уважне слухання, не примушуючи людей говорити; втішання та заспокоєння; надання доступу до інформації, послуг та соціальної підтримки; захист від подальшої шкоди [3, с. 37].

А. Терещук визначає, що перша психологічна допомога (ППД) – це фактологічно заснований підхід, який базується на концепції гнучкості людини та спрямований на зменшення стресових симптомів, відновленню після травматичних подій, природньої катастрофи та навіть особистої кризи [1, с. 17].

За вище згадуваною С. Уваровою, первинна (екстрена) допомога в гострих стресових станах – це найперший етап індивідуалізованої роботи з постраждалим від загострення тих або інших психотравматичних факторів. При цьому дослідниця зазначає, що найбільш доцільною формою допомоги на цьому етапі є кризове консультування, яке містить у собі елементи психокорекції та психотерапії, проте не заглиблюється в найбільш загальні сутнісні проблеми особистості, чітко фокусується на ситуації, прагне її

раціоналізувати, знайти ресурси протидії патогенному впливу. Загалом йдеться про симптоматичне зцілення та корекцію засобами когнітивно-біхевіоральної терапії. Психологічний дебрифінг становить технологію групової роботи, яка теж може бути ефективно використана на цьому етапі [9, с. 238].

За визначеннями проекту «Сфера» (2011) та МПК (2007), перша психологічна допомога (ППД) описує гуманні, підтримуючі заходи реагування на страждання особи, яка може потребувати підтримки [7, с. 9].

Перша психологічна допомога – форма суспільної доступної підтримки, що надається в перші дні кризових надзвичайних ситуацій, вона є складовою готовності суспільства до надзвичайних ситуацій та включає заходи щодо захисту постраждалих [6, с. 176].

Як можна зауважити, у психологічній літературі вживаються терміни «первинна (екстрена) допомога» і «перша психологічна допомога». У нашій роботі ми користуємося саме другим із зазначених термінів.

Головна мета ППД – зменшити гостроту первинного посттравматичного дистресу та допомогти постраждалим адаптуватися до умов нової ситуації [2].

Завдання ППД: сформувати відчуття безпеки, зв'язку з іншими людьми, спокою і надії; сприяти доступу до соціальної, фізичної та емоційної підтримки; зміцнювати віру в можливість допомогти собі та оточуючим; сформувати в людини розуміння того, що надзвичайна подія, свідком або учасником якої вона є, закінчиться та не становитиме більше загрози [8, с. 11].

В умовах війни останній пункт видається неможливим до виконання, оскільки війна є тривалою подією, завершення якої невідоме. Але, як зазначають ізраїльські фахівці (О. Гершанов, М. Шерман) важливо наголосити постраждалій людині, що ось цей конкретний обстріл, або інша травматична подія завершилась.

ППД включає такі елементи: ненав'язливе надання практичної допомоги та підтримки; оцінювання потреб і проблем; надання допомоги в задоволенні базових потреб (наприклад, їжа, вода, інформація); слухання людей, не примушуючи їх говорити; розрада та заспокоєння людей; надання допомоги в отриманні інформації, встановленні зв'язку зі службами та структурами соціальної підтримки; захист людей від подальшої шкоди [7, с. 9].

Специфіка надання ППД, зокрема в умовах війни, залежить від низки чинників, зокрема часу її надання. Так Я. Каплуненко, з посиланням на MSF Mental Health International Working Group (Велика

Британія), подає хронограму психічних реакцій на стресову подію та надання відповідної ППД постраждалим у межах міжнародних медичних організацій. Цю хронограму, за матеріалами статті Я. Каплуненко [3], ми подаємо у таблиці 1 скорочено.

Таблиця 1

Хронограма психічних реакцій на стресову подію та надання ППД

Фаза	Час	Симптоми	Завдання ППД	Фокус ППД
1	24 год.	гострі реакції на стрес (напруженість, тривога; паніка; закляклість; розпач; перезбудження; приголомшеність; провина «того, хто вижив» тощо.	структурування хаосу	- задоволення базових потреб (їжа, пиття, тепло, безпека); - практична підтримка (вислухати, визнати почуття, прояснити потреби, стабілізувати).
2	1-3 дні	- негативні: боязкість; смуток; зневіра; надпильність; флеш-беки; стурбованість тощо); - позитивні: участь у суспільно-корисних роботах, піклування про інших тощо); прийняття події як частини життя.	емоційна підтримка та психологічна просвіта	- уважне слухання і прояснення того, що сталося; - допомога у побудові розповіді про подію та узагальненні інформації; - навчання навичок саморегуляції і позитивних стратегій подолання.
3	1-4 тижні	попередні симптоми + неспокій; паніка; розпач; бездіяльність; ізольованість; закритість; тривожні прояви тощо	когнітивно-емоційна підтримка	- перевірка симптомів, проблем, розпорядку дня від 1-го дня до сьогодні; - заохочення того, що повертає людині відчуття контролю та безпеки; - не підтримувати без засудження негативні копінг-стратегії і шукати позитивні.
4	1-3 міс.	достатня психологічна здатність до відновлення, повернення до звичного життя	підтримка, пошук нових сенсів, просвіта	- складання точної і стислої розповіді про подію; - віднайдення сенсу подальшого життя; - психологічна підготовка до можливого поновлення симптомів.

Як видно з таблиці 1, специфіка надання ППД у різний час після травматичної події має свої особливості. Так, у перші години після травматичного впливу, головна увага фахівця з ППД зосереджена на стабілізації стану потерпілого/ї, що не потребує повноцінної

психологічної освіти, а лише знань з основ ППД; а чим далі від часу травмування, тим більшою стає питома вага психологічної просвіти і терапії, що потребує більш ґрунтовної фахової підготовки. Таким чином, ППД у перші дні після травматичної події, може здійснюватися непрофесіоналами, але спеціально підготовленими людьми.

Н. Довгань у своїй статті наводить послідовність надання ППД непрофесіоналами у сфері психічного здоров'я, що затверджена на міжнародному рівні (і безпосередньо в Україні): 1) налагодження контакту та взаємодії; 2) сприяння безпеці та комфорту; 3) стабілізація стану; 4) збирання інформації; 5) практична допомога; 6) налагодження зв'язків зі службами соціальної підтримки; 7) надання інформації про підтримку в подоланні труднощів; 8) налагодження взаємодії із суміжними службами [2].

Я. Каплуненко наводить іншу модель надання ППД – «RAPID PFA», розроблену Дж. С. Еверлі (George S. Everly, Jr.) та Дж. М. Летінг (Jeffrey M. Lating). Основу цієї моделі складають п'ять аспектів, призначених для пом'якшення гострого стресу та оцінювання необхідності подальшої психологічної допомоги:

1) R – встановлення стосунків та рефлексивне слухання (Rapport and Reflective listening): уникати самовпевненості та упередженості, пам'ятати про унікальність страждання кожної людини; у багатьох випадках люди самі скажуть про те, чого потребують, можуть підказати, як краще допомогти

2) A – оцінювання потреб (Assessment of needs): здатність швидко, майже одразу, визначити, хто страждає на гострий стрес, а хто – ні. Мета – розпізнати тих, хто потребує допомоги, а хто перебуває у більш стабільному стані. Під час війни тут доцільним виглядає застосування протоколу TRIM (Trauma Risk Incident Management), який рекомендують ізраїльські фахівці [5];

3) P – пріоритизація (Prioritization): визначення найнагальніших завдань;

4) I – інтервенція (Intervention): що можна зробити зараз, щоб стабілізувати стан людини, пом'якшити гостре страждання; тут потрібно мати конкретні стратегії втручання і володіти відповідними методами швидкої психологічної допомоги, наприклад, дихальні вправи (дихання за квадратом, дихання змії, «свічка і торт», когерентне дихання, альтернативне дихання, різні види дихання з рахуванням); м'язова релаксація (наприклад, прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном, модифікація для ізраїльської армії; «промінь світла» тощо).

5) D – диспозиція (Disposition): налагодивши стосунки та взаємозв'язок, щоб прояснити нагальні потреби, фахівець з ППД має

дослухатись до людей, оцінити необхідність втручання, надаючи пріоритет тим, хто потребує невідкладної допомоги [3, с. 39-40].

Подібну, але на нашу думку, більш практичну, модель пропонує др. Моше Фархі з академічного коледжу Тель-Хай (Ізраїль) – модель МААС'Е [5]. Ця модель реалізується міністерством охорони здоров'я Ізраїля і силами безпеки (поліція, пожежники, швидка допомога та ін.) і включає такі елементи:

– *Присутність (зобов'язання бути поруч)*. Під час травмуючої події людина почуває себе самотньою і безпомічною, тому важливо повернути їй почуття, що вона не сама, «ми разом». Слова на кшталт: «Я поруч і нікуди не піду» викликають почуття безпеки і захищеності у людини, яка постраждала.

– *Заохочення ефективної діяльності*. Не варто заспокоювати та заопікувати, навпаки, потрібно спонукати людину до активної самостійної дії, допомагаючи собі та оточуючим. Треба виходити з найпростіших дій та інструкцій, виходячи з контексту події, що відбулася. (наприклад, «Скажи мені номер будинку – я погано бачу», «Проведи мене до інших людей», «Дай мені води, будь ласка» тощо). Мета полягає в тому, щоб відновити у жертви почуття контролю.

– *Запитання, що спонукають до міркувань*. Канал спілкування з постраждалою особою під час інциденту має бути ментальним, раціональним, а не емоційним. Не варто заохочувати постраждалу/ого висловлювати свої почуття під час та після події.

– *Усвідомлення події*. Дуже важливо розповісти потерпілому, що було і що було після події. Важливо наголошувати знову і знову, що про цю подію завершилося та закінчилося. Все позаду. Найважливіше у поясненні – це дозволити людині розповідати історію знову і знову, від самого початку, до того, як усе почалося, коли все ще було добре, і до кінця – після того, як усе закінчилося і він повернувся додому. Задайте їй питання, щоб створити послідовну розповідь. Не варто запитувати про те, як людина почувається – лише про те, що сталося та як сталося у хронологічному порядку [5].

На нашу думку, в умовах війни найбільш ефективною є надання ППД саме за ізраїльською моделлю.

Ізраїльські фахівці також рекомендують дотримуватися таких правил комунікації з постраждалими у гострий період [5]:

1. Пам'ятати, що у цей період людина дуже навіювана, і будь-яке слово помічника може викликати реакцію як зараз так і згодом.
2. Дотримуватися принципу «доеднання і ведення».
3. Дотримуватися принципу «тут і тепер».
4. Фрази-інтервенції, які вимовляє фахівець з ППД, мають бути

чіткими, короткими, впевненими і нести такі посили: «Я з Вами», «Ви не самі...», «Я можу Вам допомогти».

5. Обов'язково представитися: «Я ...ім'я...спеціаліст з надання допомоги у кризових ситуаціях... Волонтер організації... Я знаю як надавати допомогу у подібних ситуаціях».

6. Сфокусувати постраждало/ого перш за все на фізичних відчуттях.

7. Для встановлення більш ефективного контакту, використовувати техніку «Три так».

8. По можливості звертатися з запитанням, що передбачає вибір, або проханням, яке постраждала/ий у змозі виконати.

9. Уникати конфронтації, підтримувати будь-які позитивні зміни у поведінці постраждало/ого, заохочуючи словами та жестами.

10. Завершуючи первинну інтервенцію, зосередитись на досвіді постраждало/ого у подоланні стресових ситуацій. Звернутися до її/його досвіду – як у минулому вона/він долала/в стреси, що саме допомагало з ними впоратися.

11. Психо-едукція. Забезпечити постраждало/ого інформацією про можливі стани після травматичної події, місця і телефони спеціалістів, до яких вона/він може звернутися у разі потреби.

В цілому, надаючи ППД населенню в умовах війни, фахівцеві варто зосередитися на таких основних моментах:

- акцент на раціональне, а не емоційне (давати чітку і достовірну інформацію, акцентувати увагу на фактах, задавати прості запитання, що мають активізувати когнітивну сферу особистості постраждало/ї);

- заохочення до свідомої діяльності, що несе соціальну корисність (запропонувати допомоги самому/ій собі, фахівцю, іншим постраждалим тощо);

- створювати почуття єдності, усувати почуття самотності і покинутості;

- нормалізувати емоційній і фізичний (по можливості) стан постраждало/ї за допомогою простих стабілізаційних технік (дихання, релаксація, переключення уваги тощо);

- не ставити діагноз постраждалій особі, зокрема про наявність у неї ПТСР – це може зробити лише лікар.

Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямі

Проведений теоретичний аналіз виявлених нами у психологічній літературі визначень і моделей першої психологічної

допомоги показав, що між ними є досить багато спільних рис, зокрема, ППД зазвичай надається у перші дні після переживання травматичної події, головна мета ППД – стабілізувати стан постраждалої особи та попередити розвиток у неї ПТСР; для надання ППД не обов'язкова психологічна освіта, але необхідна спеціальна підготовка з ППД, зокрема володіння низкою умінь і навичок (навички активного слухання, навички оцінювання симптомів, вміння застосовувати відповідні ситуації техніки психічної саморегуляції і навчати цього інших, вміння бути директивним і доброзичливим водночас).

Серед розглянутих моделей ППД найбільш ефективною у військовий час нами визначено ізраїльську модель МААСЕ др. М. Фархі завдяки її чіткості, практичності, лаконічності та перевірності умовами війни.

Перспективи подальших досліджень убачаються у практичній адаптації і модифікації розглянутих моделей ППД до умов війни в Україні та розробці відповідних практичних рекомендацій з надання першої психологічної допомоги населенню України.

Література

1. Арістов М. А., Шиліна А. А. Особливості надання першої психологічної допомоги в умовах воєнного часу. *Особистість, суспільство, війна : тези доп. учасників міжнар. психол. форуму*. м. Харків, 15 квіт. 2022 р. МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ, Нац. поліція України та ін. Харків : ХНУВС, 2022. С. 17-19.
2. Довгань Н. О. Перша психологічна допомога: основні дії. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи* : матеріали VI Міжнар. конф. «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи» (24-25 вересня 2021 р.) С. 45-48.
3. Каплуненко Я. Ю. Перша психологічна допомога: досвід міжнародних організацій. *Психологія та психосоціальні інтервенції*. Том 3. С. 36-41. URL: <http://ppsi.ukma.edu.ua/article/view/227243> (дата звернення: 19.11.2022).
4. Керівництво з надання першої психологічної допомоги для товариств червоного хреста і червоного півмісяця. Психосоціальний центр Міжнародна федерація Червоного Хреста та Червоного Півмісяця. Довідковий Центр Психосоціальної Підтримки Міжнародної Федерації Червоного Хреста та Червоного Півмісяця, 2018. 104 с.
5. Матеріали онлайн курсу «Psychological first aid, self-care and mitigation of burn-out and compassion fatigue for care-providers». Ведучий – Марк Шерман. ©Israel Trauma Coalition, квітень, 2022. 62 с.
6. Олійник Ю. О., Романів А. С., Параняк Н. М. Домедична психологічна допомога в умовах війни. *Габітус*. Випуск 37. 2022. С. 174-179 URL: <http://habitus.od.ua/journals/2022/37-2022/32.pdf> (дата звернення: 10.11.2022.)]
7. Перша психологічна допомога : посібник для працівників на місцях. Київ : Унів. Вид-во ПУЛЬСАРИ, 2017. 64 с.
8. Перша психологічна допомога : посібник для членів загону швидкого реагування Товариства Червоного Хреста України. Київ, 2017. 42 с.
9. Уварова С. Г. Концептуальна модель психологічної допомоги особистості в умовах суспільної кризи. *Психологія і особистість*. 2019. № 1 (15). С. 225-243.

References

1. Aristov M. A., Shylyna A. A. Osoblyvosti nadannia pershoi psykhologichnoi dopomohy v umovakh voiennoho chasu. Osobystist, suspilstvo, viina : tezy dop. uchasnykyv mizhnar. psykholog. forumu. m. Kharkiv, 15 kvit. 2022 r. MVS Ukrainy, Kharkiv. nats. un-t vnutr. sprav, Nats. politsiia Ukrainy ta in. Kharkiv : KhNUVS, 2022. S. 17-19.
2. Dovhan N. O. Persha psykhologichna dopomoha: osnovni dii. Viiskova psykhologhiia u vymirakh viiny i myru: problemy, dosvid, perspektyvy : materialy VI Mizhnar. konf. «Viiskova psykhologhiia u vymirakh viiny i myru: problemy, dosvid, perspektyvy» (24-25 veresnia 2021 r.) S. 45-48.
3. Kaplunenka Ya. Yu. Persha psykhologichna dopomoha: dosvid mizhnarodnykh orhanizatsii. Psykhologhiia ta psykhosotsialni interventsii. Tom 3. S. 36-41. URL: <http://ppsi.ukma.edu.ua/article/view/227243> (data zvernennia: 19.11.2022).
4. Kerivnytstvo z nadannia pershoi psykhologichnoi dopomohy dlia tovarystv chervonoho khresta i chervonoho pivmisiatsia. Psykhosotsialnyi tsentr Mizhnarodna federatsiia Chervonoho Khresta ta Chervonoho Pivmisiatsia. Dovidkovyi Tsentri Psykhosotsialnoi Pidtrymky Mizhnarodnoi Federatsii Chervonoho Khresta ta Chervonoho Pivmisiatsia, 2018. 104 s.
5. Materialy onlain kursu «Psychological first aid, self-care and mitigation of burn-out and compassion fatigue for care-providers». Veduchy i – Mark Sherman. ©Israel Trauma Coalition, kviten, 2022. 62 s.
6. Oliinyk Yu. O., Romaniv A. S., Paraniak N. M. Domedychna psykhologichna dopomoha v umovakh viiny. Habitus. Vypusk 37. 2022. S. 174-179 URL: <http://habitus.od.ua/journals/2022/37-2022/32.pdf> (data zvernennia: 10.11.2022).]
7. Persha psykhologichna dopomoha : posibnyk dlia pratsivnykyv na mistsiakh. Kyiv : Univ. Vyd-vo PULSARY, 2017. 64 s.
8. Persha psykhologichna dopomoha : posibnyk dlia chleniv zahonu shvydkoho reahuvannia Tovarystva Chervonoho Khresta Ukrainy. Kyiv, 2017. 42 c.
9. Uvarova S. H. Kontseptualna model psykhologichnoi dopomohy osobystosti v umovakh suspilnoi kryzy. Psykhologhiia i osobystist. 2019. № 1 (15). S. 225-243.