

ВІДСУТНЯ РАННЯ ДОПОМОГА ПІСЛЯ СЕРЙОЗНИХ ПОДІЙ

Що має відбуватися насамперед після серйозної події

ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ

У різних секторах, де трапляються серйозні інциденти, організації часто одразу направляють постраждалих людей на консультування або спеціалізоване лікування травми. Однак національні та міжнародні настанови й наявні докази не підтримують жоден із цих підходів як автоматичну першу відповідь для всіх постраждалих [28,29,35,46,47]. Якщо використовувати такі направлення автоматично, це може залишити керівників без чіткого плану подальших дій: чи безпечно людині продовжувати роботу, які обов'язки або звичні дії порушені, які тимчасові адаптації або практична підтримка потрібні, хто це координуватиме і як переглядатиметься продовження діяльності або повернення людини до роботи [19,28,29,35,47–49,67].

У перші години, дні та тижні організації мають з'ясувати, що змінилося, що є небезпечним, що людина більше не може робити безпечно чи надійно, і які дії потрібні вже зараз.

Керівники мають негайно розпочати звичайну організаційну підтримку та координувати подальшу відповідь. Якщо потрібна додаткова структурована підтримка, слід починати з кваліфікованої клінічної ранньої допомоги (наприклад, CS-Return) разом із належною організаційною, практичною та медичною підтримкою. За наявності показань додається спеціалізоване лікування травми. Заходи невідкладної медичної допомоги або захисту мають пріоритет [19,28,29,35,47–49].

1 ЧОМУ ЦЕ ВАЖЛИВО ДЛЯ ОРГАНІЗАЦІЙ

Погана координація після серйозних інцидентів може призводити до небезпечних рішень, повторних направлень, додаткового управлінського часу, порушення укомплектування персоналом і зайвих витрат. Відсутність на роботі через психічне здоров'я також має суттєве політичне та економічне значення, а втручання на робочому місці можуть підтримати повернення до роботи [67–70]. Людей, які зазнали впливу серйозних інцидентів, можуть неодноразово просити описувати інцидент, при цьому надаючи мало практичної допомоги щодо сну, безпеки, роботи, поїздки, сімейних обов'язків або повернення до ролі. Повторні або непотрібні прохання детально описувати інцидент можуть посилювати дистрес [11,46,76,77] і також відволікати увагу від того, що має відбутися далі. Тому служби мають відстежувати безпечне функціонування, стає повернення, відсутність, повторні направлення, управлінський час, витрати та довіру користувачів — а не лише симптоми [21,67–70].

2 КВАЛІФІКОВАНА КЛІНІЧНА РАННЯ ДОПОМОГА

Коли звичайної підтримки недостатньо, CTRG рекомендує кваліфіковану клінічну ранню допомогу, що охоплює шість пов'язаних функцій, наведених нижче. CS-Return є одним інтегрованим прикладом.

1 Оцінити поточний вплив, ризик і пріоритети	4 Координувати стосункові, практичні, організаційні та міжвідомчі дії
2 Стабілізувати безпеку та функціонування	5 Переглянути, що змінилося в реальному житті
3 Підтримати безпечне продовження, адаптацію або повернення	6 Повторно оцінити й визначити наступні кроки

CS-Return поєднує дві цілі: стабілізувати те, що є небезпечним або порушенням, і підтримати безпечне продовження, адаптацію або повернення саме до тієї ролі чи звичного порядку, яких це торкнулося. Ці процеси починаються одночасно. Підтримка може охоплювати сон, фізичне здоров'я, мислення, поїздки, роботу, обов'язки з догляду, тимчасові адаптації та скоординовані практичні, медичні, робочі або сімейні дії [7,9–11,18,19,21,33,36,39,41,43,45,47–49,67]. Ті самі функції можуть застосовуватися при новій кризі, дестабілізації наявного травма-пов'язаного стану або в межах тривалішого травматичного шляху.

Детальне переказування інциденту не повинно бути частиною кваліфікованої клінічної ранньої допомоги. Потрібно запитувати лише ту інформацію, яка необхідна для оцінки поточного впливу та ризику і для визначення потрібних дій. Понад століття кризове управління підкреслює відновлення безпеки, функціонування, ресурсів і зв'язку зі звичними ролями [19,47,49,71–73]. Терапевтична робота, що включає навмисне пригадування або опрацювання потенційно травматичних спогадів, має проводитися лише тоді, коли оцінка визначає клінічну потребу [11,28,29,35,46,47].

3 НАСЛІДКИ ДЛЯ ЗАМОВНИКІВ ПОСЛУГ

Замовникам потрібні надавачі послуг, здатні забезпечити всі шість функцій, підтримувати безперервність, підтримувати безпечне продовження, адаптацію або повернення з першої сесії та переглядати реальні результати.

Консультування, взаємопідтримка, MHFA, TrIM, CISM/CISD, скринінг і направлення не повинні використовуватися як заміна кваліфікованої клінічної ранньої допомоги. Надання одного з цих підходів не означає, що кризу було врегульовано. Ці підходи та процеси мають різні цілі; докази й настанови не встановлюють їх як взаємозамінні з інтегрованою відповіддю, визначеною в цьому документі [5,16,22,26,35,44–47,65,66,93]. Якщо звичайної підтримки недостатньо, CTRG рекомендує замовляти всі шість функцій із чіткою відповідальністю за дії, координацію та перегляд. Спеціалізоване лікування травми має відповідати

ОСНОВНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Не слід автоматично призначати консультування чи спеціалізоване лікування травми, або покладатися на взаємопідтримку, MHFA, TrIM чи CISM/CISD як на повну відповідь після серйозних інцидентів. Якщо потрібна структурована підтримка, починайте з кваліфікованої клінічної ранньої допомоги (наприклад, CS-Return). Детальне переказування інциденту не повинно бути частиною цієї ранньої відповіді.

ВІЗУАЛЬНИЙ ОГЛЯД ДЛЯ КЕРІВНИКІВ І ЗАМОВНИКІВ ПОСЛУГ

ВІДСУТНЯ РАННЯ ДОПОМОГА ПІСЛЯ СЕРЙОЗНИХ ПОДІЙ

Що має відбуватися насамперед після серйозної події

У Великій Британії Blake Emergency Services надає кваліфіковану ранню психологічну підтримку, зокрема CS-Return.



Рано захищати людей



Підтримувати безпечну роботу



Підтримувати функціонування та участь



Покращувати координацію та безперервність



Уникати невідповідних направлень і непотрібної ескалації



ПРОБЛЕМА

Після серйозного інциденту деякі люди можуть бути перевантажені або нездатні безпечно функціонувати.

Виражений дистрес не означає автоматично ПТСР. Консультування та спеціалізоване лікування травми не повинні бути автоматичною першою відповіддю після серйозного інциденту.



Передчасне консультування або спеціалізоване лікування травми з детальним переказуванням може бути некорисним і для деяких людей — шкідливим.



ЩО МАЄ ВІДБУВАТИСЯ НАСАМПЕРЕД

Негайно розпочніть звичайну організаційну підтримку. Коли потрібна структурована підтримка, починайте з кваліфікованої клінічної ранньої допомоги (наприклад, CS-Return).

Додавайте спеціалізоване лікування травми лише за наявності показань.



Невідкладні медичні дії або дії із захисту мають пріоритет.

ЗВИЧАЙНЕ ВІКНО РАНньої ДОПОМОГИ



День 1

початок

6 тижнів

приблизно

2 місяці

інколи

Зазвичай починається якомога раніше, від 1-го дня до приблизно шести тижнів, інколи пізніше. Сесії можуть тривати довше за потреби.

ЯК ПРАЦЮЄ КВАЛІФІКОВАНА КЛІНІЧНА РАННЯ ДОПОМОГА (напр., CS-Return)

Шість пов'язаних функцій, які працюють разом — а не шість окремих кроків чи сесій.

1

ОЦІНИТИ ВПЛИВ, РИЗИК І ПРІОРИТЕТИ



Функція 1

- Що змінилося?
- Що є небезпечним або порушеним?
- Що потребує дій насамперед?

2

ДІЯТИ ЩОДО ТОГО, ЩО ПОРУШЕНО



Функція 2 Стабілізувати безпеку та функціонування

Відновити достатню безпеку й регуляцію для повсякденного функціонування.



Функція 3 Підтримати безпечне продовження, адаптацію або повернення

Допомогти безпечній участі у впливовій ролі, місці, стосунках або рутині.



Функція 4 Координувати стосункові, практичні, організаційні та міжвідомчі дії

Усувати бар'єри та поєднувати з належною підтримкою.

3

ПЕРЕГЛЯНУТИ Й ВИЗНАЧИТИ НАСТУПНІ КРОКИ



Функція 5 Переглянути, що змінилося в реальному житті

Що покращилося? Що залишається порушеним? Чи відбувся потрібний зсув?



Функція 6 Повторно оцінити й визначити наступні кроки

Продовжити, скоригувати, завершити, передати далі або організувати спеціалізоване лікування.

За потреби зміни в реальному житті формують наступний цикл.

АКТУАЛЬНО ДЛЯ СЕКТОРІВ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ ІЗ КРИЗОВИМ ВПЛИВОМ



Авіація та транспорт



Поліція та екстрені служби



Пожежно-рятувальні служби



Військовий сектор та оборона



Кримінальне правосуддя, судово експертиза та право



Освіта



Робочі місця та індустрія



Гуманітарна допомога та громади



Охорона здоров'я та соціальна допомога



ОСНОВНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Не слід автоматично призначати консультування чи спеціалізоване лікування травми, або покладатися на взаємодію. MHFA, TRiM чи CISM/CISD як на повну відповідь після серйозних інцидентів. Якщо потрібна структурована підтримка, починайте з кваліфікованої клінічної ранньої допомоги (напр., CS-Return). Детальне переказування інциденту не повинно бути частиною цієї ранньої відповіді.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ГРУПИ ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ КРИЗ І ТРАВМ (CTRG) ЩОДО ПОЛІТИКИ

1. Починайте з того, що змінив інцидент.

Перевірте безпеку, сон, фізичне здоров'я, мислення, пересування, роботу, турботу про інших і повсякденні обов'язки. Визначте, що саме зараз створює труднощі та яка допомога або зміна потрібна.

2. Визначте, яка підтримка потрібна.

Негайно розпочніть звичайну організаційну підтримку. Не зволікайте з діями у разі невідкладних медичних, психіатричних ризиків або ризиків для безпеки та захисту. Якщо звичайної підтримки недостатньо, розпочніть кваліфіковану клінічну ранню допомогу (наприклад, CS-Return) і додайте спеціалізовану допомогу за потреби. Може знадобитися більше одного виду підтримки.

3. Залучайте належного фахівця.

Кваліфіковану клінічну ранню допомогу має надавати належно кваліфікований і досвідчений фахівець у сфері психічного здоров'я, здатний оцінювати потреби та ризики, стабілізувати, підтримувати безпечне продовження, адаптацію або повернення до роботи й повсякденного життя, координувати допомогу та визначати наступні кроки. Керівники не встановлюють діагнозів.

4. Замовляйте повний комплекс реагування — не назву чи програму.

Коли потрібна кваліфікована клінічна рання допомога, замовляйте всі шість пов'язаних функцій: оцінку поточного впливу, ризику й пріоритетів; стабілізацію безпеки та функціонування; підтримку безпечного продовження, адаптації або повернення; координацію стосункових, практичних, організаційних і міжвідомчих дій; перегляд того, що змінилося в реальному житті; повторну оцінку та визначення наступних кроків. CS-Return є одним інтегрованим прикладом, зазвичай із однієї-чотирьох сесій, з винятковою п'ятою сесією лише для переходу або передачі. Назва терапії, програми чи підтримки не замінює таку відповідь. Коли потрібне лікування, кваліфікований клініцист має визначити, що саме є доречним; лікування не повинно замінювати необхідні дії щодо безпеки, практичної допомоги, координації чи підтримки повернення.

5. Підтримуйте безпечне продовження, адаптацію або повернення з першої сесії.

Зосередьтеся на конкретному обов'язку, маршруті, місці, стосунках, сімейній відповідальності чи рутині, яких торкнувся інцидент; забезпечте потрібну підтримку та погодьте практичні кроки, тимчасові зміни або поступове повернення, що сприятимуть безпечному продовженню, адаптації чи поверненню якомога раніше.

6. Не робіть детальне переказування частиною ранньої допомоги.

Психологічний дебрифінг може бути шкідливим, а консультування також може посилювати дистрес, якщо передбачає непотрібне або повторне детальне переказування. Запитуйте лише те, що потрібно для безпеки людини, визначення необхідної допомоги або виконання юридичних чи захисних обов'язків.

ЗАПИТАЙТЕ НАДАВАЧА ПОСЛУГ:

Після серйозного інциденту що саме ви будете робити, хто відповідатиме за кожну дію і як ви підтримаєте безпечне продовження, адаптацію або повернення до роботи та повсякденного життя?

Докази та обґрунтування цих рекомендацій наведено в Частинах I та II.

ЗМІСТ

Розділ	Сторінка
Виконавче резюме	1
Візуальний огляд	2
Рекомендації CTRG щодо політики	3
Про цей аналітичний документ	5
ЧАСТИНА I - Дії керівників і замовників послуг	6
1. Що керівники перевіряють насамперед і яка підтримка потрібна	6
2. Що насправді має робити кваліфікована клінічна рання допомога (напр., CS-Return)	8
3. За що керівники залишаються відповідальними	9
4. Не купуйте назву - перевіряйте, що послуга фактично надає	10
5. Що замовники послуг мають забезпечити до інциденту	12
ЧАСТИНА II - Докази та професійне обґрунтування	14
6. Чому серйозний інцидент не є автоматично діагнозом психічного здоров'я	14
7. Звідки походить кризова стабілізація та повернення (CS-Return) - і що вона додає	14
8. Чому стабілізація та повернення до повсякденного життя починаються разом	15
9. Чому детальне переказування не є частиною ранньої допомоги	16
10. Комплексна травма/CPTSD і спеціалізована допомога	16
11. Як замовники послуг перевіряють компетентність і якість	18
12. Як було розроблено цей аналітичний документ	18
Висновок	19
Додаток А. Мінімальна специфікація для замовлення послуг	20
Додаток В. Ключові терміни та скорочення	22
Список літератури	23

ПРО ЦЕЙ АНАЛІТИЧНИЙ ДОКУМЕНТ Для кого цей документ

Цей аналітичний документ призначений для людей, які ухвалюють рішення, замовляють, координують або контролюють організаційні дії після серйозних інцидентів у державних службах, на робочих місцях, у транспорті, екстрених службах, охороні здоров'я та соціальній допомозі, обороні, системі правосуддя та громадах.

Чому його було написано

Після серйозного інциденту організації можуть надто швидко перейти від «сталося щось серйозне» до «це травма» і далі запропонувати консультування або спеціалізоване лікування травми. Серйозний інцидент - це подія. Криза - це порушення безпеки, функціонування або повсякденного життя, яке вона спричинила. Травма-пов'язаний стан - це стан психічного здоров'я, встановлений у результаті належної клінічної оцінки.

Тому первинна організаційна відповідь має починатися з визначення того, що змінилося, що є небезпечним, що людина зараз не може робити безпечно чи надійно і які практичні дії потрібні, - а не з припущення про ПТСР або автоматичного направлення на консультування чи лікування травми [14,20,28,29,35,42,74,75].

КЛЮЧОВІ РОЗМЕЖУВАННЯ

Серйозний інцидент	Що сталося - сама подія - наприклад раптова смерть або суїцид; серйозна травма чи нещасний випадок; напад, насильство або інцидент, пов'язаний із захистом; великий медичний інцидент або інцидент безпеки пацієнта; транспортна, виробнича чи промислова аварія; пожежа, вибух або викид небезпечних матеріалів; громадські заворушення, тероризм або збройний конфлікт; викрадення чи зникнення людини; повинь або інше лихо; та багато інших подій, пов'язаних із серйозною шкодою, небезпекою, втратою або значним порушенням.
Криза	Що стало небезпечним, порушенням або складним через інцидент - наприклад труднощі з безпечним виконанням роботи чи обов'язків; тяжка втрата сну або проблеми з фізичним здоров'ям; труднощі з ясним мисленням, концентрацією чи ухваленням рішень; труднощі з поїздками, поверненням у певне місце або користуванням звичним маршрутом; труднощі з доглядом за дітьми чи іншими людьми; порушення стосунків, житла, фінансів або важливих практичних домовленостей; втрата звичних рутин чи підтримки; та багато інших труднощів, що впливають на безпеку, функціонування або повсякденне життя.
Травма-пов'язані стани	Стан психічного здоров'я, пов'язаний із травмою та визначений у результаті оцінки. Серйозний інцидент або криза не означають автоматично ПТСР, CPTSD чи інший травма-пов'язаний стан.

Що таке кризова стабілізація та повернення (CS-Return)?

Кризова стабілізація та повернення (CS-Return) - один із прикладів кваліфікованої клінічної ранньої допомоги: короткої, структурованої допомоги, яку надає клініцист, зазвичай у межах однієї-чотирьох сесій. Вона працює з тим, що серйозний інцидент порушив, і підтримує безпечне продовження, адаптацію або повернення до роботи та повсякденного життя, координуючи іншу допомогу за потреби.

Як користуватися цим документом

Частина I пояснює, що мають робити керівники та замовники послуг. Частина II пояснює докази та професійне обґрунтування. Додаток А містить мінімальну специфікацію для замовлення послуг.

Опубліковано: вересень 2026 року.

ЧАСТИНА I | ДІЇ КЕРІВНИКІВ І ЗАМОВНИКІВ ПОСЛУГ

1. Що керівники перевіряють насамперед і яка підтримка потрібна

Після серйозного інциденту не починайте з припущення, що людина травмована або потребує консультування чи лікування травми. Почніть із перевірки того, що змінив інцидент. Чи може людина працювати, пересуватися, спати, ясно мислити, піклуватися про інших і справлятися з повсякденними обов'язками?

ПОЧНІТЬ ЗВІДСИ: ПЕРЕВІРКА ПОТОЧНОГО ВПЛИВУ

Що змінилося через інцидент? Які проблеми відбуваються зараз? З чим людині важко справлятися? Що потрібно зробити сьогодні?

У цьому документі така практична організаційна перевірка називається **тріажем поточного впливу**. Вона допомагає визначити, яка підтримка потрібна і в якій послідовності; це не клінічний тріаж, не клінічне формулювання і не діагностика. Клінічну оцінку та тріаж проводить кваліфікований фахівець, коли активовано клінічну ранню допомогу. Підтримка може включати звичайну організаційну підтримку, кваліфіковану клінічну ранню допомогу (напр., CS-Return), невідкладні медичні, психіатричні або захисні дії та окрему спеціалізовану допомогу. Сам по собі серйозний інцидент або сильний дистрес не означає ПТСР і не означає, що потрібні консультування чи терапія з опрацювання травми - тобто терапія, яка безпосередньо працює з травматичними спогадами [14,20,28,29,35,42,74,75].

Ознаки того, що можуть бути потрібні дії

• Людині важко справлятися з роботою, поїздками, доглядом за іншими або іншою відповідальністю.	• Тяжка втрата сну, виснаження, біль або інша фізична проблема впливають на людину.
• Помилки, слабка концентрація, плутанина або погіршене судження впливають на обов'язки чи рішення.	• Паніка, збудження, повторні перевірки, дратівливість або неможливість «вимкнутися».
• Завмирання, оніміння, відсторонення, уповільнені реакції або труднощі у спілкуванні.	• Уникання конкретного місця, маршруту, обов'язку, людини або рутини, яких торкнувся інцидент.
• Повторні відсутності, невдале повернення або пізніший зрив після періоду, коли здавалося, що людина справляється.	• Ризиковані способи подолання, самозанедбаня або практичні бар'єри, які ніхто не організовує.

КОЛИ ДІЯТИ

Дійте негайно, якщо є серйозне питання безпеки, медичний, психіатричний, захисний або операційний ризик. В інших випадках дійте, щойно проблеми стають значними, заважають роботі чи повсякденному життю, охоплюють кілька сфер або тривають чи погіршуються. Не чекайте діагнозу, перш ніж діяти, і не припускайте автоматично, що єдиною відповіддю є відсутність на роботі. Враховуйте безпеку, поточне функціонування, тимчасові зміни та те, чи доречні продовження роботи, змінені обов'язки або тимчасова відсутність.

Визначте, яка підтримка потрібна

Керівники координують організаційну відповідь і вживають негайних заходів щодо безпеки та практичних питань. Після активації кваліфіковану клінічну ранню допомогу (напр., CS-Return) надають належно кваліфіковані та досвідчені фахівці у сфері психічного здоров'я, які оцінюють поточні потреби й ризики та забезпечують відповідну допомогу.

Підтримка	Коли використовувати	Що робить керівник
1. Звичайна підтримка	Людина може справлятися з роботою та повсякденним життям, і звичайної підтримки на робочому місці, у сім'ї чи громаді достатньо.	Негайно розпочніть звичайну організаційну підтримку та продовжуйте її за потреби.
2. Кваліфікована клінічна рання допомога (напр., CS-Return)	Інцидент спричиняє значні проблеми зі сном, фізичним здоров'ям, мисленням, поїздками, роботою, обов'язками з догляду або повсякденним життям, і звичайної підтримки недостатньо.	Залучіть належно кваліфікованого та досвідченого фахівця у сфері психічного здоров'я, який може оцінити, стабілізувати, підтримати безпечне продовження, адаптацію або повернення до роботи й повсякденного життя, організувати іншу допомогу та переглянути наступні кроки.
3. Невідкладні медичні, психіатричні, екстрені або захисні дії	Є безпосередній ризик для життя чи безпеки, тяжке погіршення фізичного чи психічного здоров'я, ризик самоушкодження або суїциду, психоз, тяжка сплутаність, інтоксикація, насильство, питання захисту або серйозна операційна небезпека.	Негайно використайте відповідний екстрений, медичний, психіатричний або захисний маршрут. Після усунення безпосередньої небезпеки розпочніть або продовжуйте кваліфіковану клінічну ранню допомогу (напр., CS-Return), якщо інцидент і далі спричиняє проблеми з роботою чи повсякденним життям.
4. Додаткова або спеціалізована допомога	Інцидент активував або погіршив наявний стан, або фахівець визначив потребу в додатковій чи спеціалізованій допомозі.	Організуйте додаткову або спеціалізовану допомогу. Продовжуйте кваліфіковану клінічну ранню допомогу (напр., CS-Return), якщо проблеми, спричинені інцидентом, і далі потребують допомоги.

МОЖЕ ЗНАДОБИТИСЯ БІЛЬШЕ ОДНОГО ВИДУ ПІДТРИМКИ

Використовуйте наведену вище перевірку, щоб визначити, яка підтримка потрібна і в якій послідовності. Звичайна підтримка починається негайно. Невідкладні дії ніколи не відкладаються. Якщо звичайної підтримки недостатньо, розпочніть кваліфіковану клінічну ранню допомогу (напр., CS-Return); за потреби додайте спеціалізовану допомогу. Визначте, хто виконає кожну дію, до якого терміну і коли її буде переглянуто.

Якщо людина вже мала труднощі з психічним здоров'ям або інші потреби у здоров'ї чи підтримці

Людина вже може мати труднощі з психічним здоров'ям (діагностовані чи ні), фізичний стан, інвалідність або іншу потребу в підтримці. Інцидент може погіршити наявні труднощі або створити нові. Керівникам усе одно слід зосереджуватися на тому, що змінилося через цей інцидент, які проблеми відбуваються зараз і яка допомога чи зміна потрібна.

Коли використовується кваліфікована клінічна рання допомога

Кваліфікована клінічна рання допомога, така як CS-Return, особливо підходить для раннього використання і має починатися, щойно потрібна додаткова структурована підтримка, у тому числі поки криза ще триває. У цьому документі перші дні - приблизно до шести тижнів після серйозного інциденту - є основним вікном ранньої допомоги, хоча вона може розпочатися і пізніше, якщо кризове порушення триває, повертається або стає очевидним лише через певний час. Початок у цьому ранньому вікні не означає, що підтримка має завершитися протягом шести тижнів. CS-Return зазвичай включає одну-чотири сесії, які можуть бути розподілені відповідно до потреби, тому підтримка іноді може тривати кілька місяців, якщо функціонування, безпечне продовження, адаптація або повернення, невирішені проблеми чи передача все ще потребують перегляду.

2. Що насправді має робити кваліфікована клінічна рання допомога (напр., CS-Return)

ПРОСТЕ ВИЗНАЧЕННЯ		
CS-Return - це один із варіантів короткої кваліфікованої клінічної ранньої допомоги, зазвичай одна-чотири сесії, для людей, у яких серйозний інцидент вплинув на сон, фізичне здоров'я, мислення, поїздки, роботу, обов'язки з догляду або повсякденне життя. Вона працює з проблемами, що відбуваються зараз, і підтримує безпечне продовження, адаптацію або повернення до конкретної роботи, маршруту, місця, стосунків, відповідальності чи рутини, яких торкнувся інцидент. Її надають належно кваліфіковані та досвідчені фахівці у сфері психічного здоров'я, які можуть оцінювати потреби й ризики, стабілізувати, координувати іншу допомогу та визначати наступні кроки.		
Що має робити надавач	Що це означає на практиці	Що має бачити керівник
1. Оцінити поточний вплив, ризик і пріоритети	Клінічно оцінити і провести тріаж того, що змінилося, поточного ризику, того, що є небезпечним або порушеним, з чим людині важко справлятися і яка відповідь потрібна зараз.	Є чіткий план того, яка допомога потрібна і що має відбутися спочатку.
2. Стабілізувати безпеку та функціонування	Допомогти відновити достатню безпеку, регуляцію та стабільність для повсякденного функціонування - наприклад за допомогою тілесно-орієнтованих/ненаративних методів, саморегуляції, надійної підтримки інших або тимчасових змін у рутині і середовищі.	Проблема покращується або зрозуміло, де ще потрібна допомога.
3. Підтримати безпечне продовження, адаптацію або повернення	Забезпечити активну підтримку навколо особистих і професійних стосунків та допомогти людині безпечно продовжити, адаптуватися або повернутися до конкретного обов'язку, маршруту, місця, стосунків, відповідальності чи рутини, яких торкнувся інцидент. Це може включати коучинг, фасилітовані розмови, тимчасові зміни або поступове повторне залучення.	Чітко зрозуміло, що людина продовжує, адаптує або до чого повертається, які зміни потрібні і коли це буде переглянuto.
4. Координувати стосунки, практичні, організаційні та міжвідомчі дії	Працювати зі стосунковими й практичними бар'єрами та координувати потрібні дії на робочому місці, в охороні праці, медицині, сім'ї, сфері захисту, житла, фінансів, права, страхування або інших службах.	Для кожної дії визначено відповідальну особу, термін і дату перегляду.
5. Переглянути, що змінилося в реальному житті	Переглянути, що покращилося, що ні, які погоджені дії відбулися і де ще потрібна допомога в роботі та повсякденному житті.	Зрозуміло, що покращилося і де ще потрібна допомога.
6. Повторно оцінити й визначити наступні кроки	Використати перегляд для повторної оцінки та дій: продовжити або скоригувати з визначеною метою, погодити подальші дії, завершити з чітким планом, надати письмові рекомендації за потреби або організувати й передати до іншої допомоги.	Наступний крок, причина, відповідальна особа та будь-яка передача є чіткими.

ШІСТЬ ФУНКЦІЙ ПРАЦЮЮТЬ РАЗОМ

Це не шість окремих кроків або сесій. Оцінка визначає, що потребує дії; стабілізація, безпечне продовження/адаптація/повернення і координація працюють разом відповідно до потреби; потім переглядаються зміни в реальному житті і на їх основі визначається наступний крок. Якщо потрібна подальша підтримка, цей досвід формує наступний цикл.

Стабілізація означає допомогти людині відновити достатню регуляцію та стабільність, щоб справлятися з проблемою, яка впливає на неї зараз, - наприклад із тяжкою втратою сну, труднощами з поїздками чи концентрацією, панікою перед зміною або труднощами з доглядом за дітьми. У цьому документі **функціональна ко-регуляція** означає, що визначена людина або служба надає спокійну практичну підтримку щодо конкретної проблеми, погоджує, що буде зроблено, і перевіряє, чи це допомогло [7,9-11,18,19,21,33,36,39,41,43,45,47-49,67].

Замовляйте повну відповідь - не лише терапію чи психологічну підтримку. Керівники мають знати, що буде зроблено, хто відповідає і як перевірятимуться зміни в реальному житті.

3. За що керівники залишаються відповідальними

Керівники не є терапевтами. Вони відповідають за негайну безпеку та практичні дії, рішення про те, яку підтримку активувати, внесення або санкціонування змін на робочому місці, визначення відповідального за кожну дію та перевірку того, чи працює план. Фахівець, який надає кваліфіковану клінічну ранню допомогу, оцінює потреби й ризики та ухвалює професійні рішення у межах своєї ролі; керівники залишаються відповідальними за дії організації.

Керівники повинні	Керівники не повинні
Перевіряти безпосередні ризики та чи може людина справлятися з роботою, поїздками, обов'язками з догляду та звичними рутинами.	Встановлювати ПТСР або припускати, що видимий дистрес означає розлад психічного здоров'я.
Запитувати лише те, що потрібно для розуміння того, що відбувається зараз, і визначення необхідної допомоги чи дії.	Просити повну історію інциденту, історію травми або емоційні подробиці без чіткої причини.
Надавати чітку інформацію, практичну допомогу, тимчасові зміни та одного визначеного організаційного контакту.	Вважати, що вислуховування, скринінг, скерування або направлення означає, що кризу вже врегульовано.
Активувати надавача послуг, який може забезпечити кваліфіковану клінічну ранню допомогу.	Припускати, що будь-яка EAP-служба, консультант, програма взаємодопоміжки або людина, яка називає себе «фахівцем із травми», може забезпечити повну відповідь.
Допомагати людині безпечно продовжувати, адаптуватися або повертатися до роботи та повсякденного життя, використовуючи тимчасові зміни за потреби.	Автоматично відсторонювати людину від роботи чи звичних рутин або очікувати, що терапія вирішить усе.
Ділитися лише необхідною інформацією та фіксувати, хто виконає кожну дію і коли її буде переглянуто.	Запитувати зміст терапії або залишати практичні дії без визначеної відповідальної особи чи дати перегляду.

НЕ РОБІТЬ ДЕТАЛЬНЕ ПЕРЕКАЗУВАННЯ ЧАСТИНОЮ РАННЬОЇ ДОПОМОГИ.

Перш ніж запитувати, записувати або передавати деталі інциденту, запитайте: навіщо мені це потрібно? Яке рішення це змінить? Хто має це знати? Чи можемо ми діяти з меншим обсягом деталей? Це не перешкоджає необхідній медичній, захисній, юридичній або клінічній оцінці [11].

4. Не купуйте назву - перевіряйте, що послуга фактично надає

Послуги, які продаються як «підтримка при травмі», «підтримка після критичного інциденту» або «психологічна підтримка», можуть звучати як повна відповідь, хоча фактично надають лише одну її частину. Консультування, EAP, взаємопідтримка, перша допомога у сфері психічного здоров'я (MHFA), TRiM, CISM/CISD, скринінг і направлення мають різні цілі. Запитайте, що саме надавач буде робити, чого він не робитиме і хто відповідатиме за те, що залишиться поза його послугою. Не припускайте, що кваліфікована клінічна рання допомога включена, якщо контракт чітко не охоплює всі шість функцій, описаних у цьому документі.

Кожен із цих підходів може мати законну роль, але жоден не слід вважати повною кризовою відповіддю, якщо замовлена послуга не відповідає за всі шість функцій, описаних у цьому документі.

Послуга / підхід	Що фактично робить	Які з шести функцій надає стандартно?
Консультування / EAP-консультування	Емоційна підтримка, розмовна терапія та направлення у разі визначеної потреби.	Жодної з шести функцій у значенні, визначеному в цьому документі. Конкретна служба може додавати окремі функції, але саме консультування їх не забезпечує.
Взаємопідтримка	Зв'язок, спільний досвід, вислуховування та підтримка.	Жодної. Взаємопідтримка не є клінічним тріажем, активною стабілізацією, втручанням для повернення, підзвітною координацією, функціональним переглядом або клінічною повторною оцінкою.
Перша допомога у сфері психічного здоров'я (MHFA)	Розпізнавання можливої труднощі психічного здоров'я, початок розмови та заохочення до належного звернення по допомогу.	Жодної. Розпізнавання не є клінічною оцінкою/тріажем Функції 1, а MHFA не забезпечує Функції 2-6.
Управління ризиком травми (TRiM)	Виявлення й моніторинг реакцій серед колег та заохочення звернутися по допомогу, коли це показано.	Жодної. Моніторинг не є клінічним переглядом змін у реальному житті за Функцією 5, а TRiM не забезпечує інші п'ять клінічних функцій.
Управління стресом після критичного інциденту (CISM)	Широка рамка підтримки після критичних інцидентів, а не одне стандартизоване втручання. Те, що фактично надається, відрізняється між програмами та практиками.	За самою назвою CISM не можна припускати фіксовану кількість функцій. Залежно від програми й фахівця CISM може частково перетинатися з потрібними функціями, але замовники мають перевірити, що саме надається. Не слід припускати, що він забезпечує всі шість функцій.
Дебрифінг стресу після критичного інциденту (CISD)	Структурована семифазова групова дискусія.	Жодної з шести функцій у значенні цього документа.
Психологічна перша допомога (PFA)	Рання гуманна підтримка: контакт, орієнтований на безпеку, практична допомога, інформація, підтримка подолання, зв'язок і доступ до служб.	Жодної з шести повних клінічних функцій. PFA частково перетинається з діяльністю щодо безпеки/практичної допомоги, але не є кваліфікованим клінічним втручанням і сам по собі не забезпечує жодну з шести функцій у повному визначеному вигляді.
Скринінг / оцінка придатності	Виявляє симптоми, можливі потреби, проблеми або придатність до ролі/обов'язку.	Жодної як повної функції. Може надати інформацію, релевантну Функції 1, але не забезпечує саму Функцію 1, оскільки вона також потребує клінічного тріажу/формулювання та визначення відповідної відповіді.
Скерування / направлення	Поєднує людину з іншою службою або направляє до неї.	Жодної. Направлення не є координацією, оскільки Функція 4 передбачає відповідальність за організацію та координацію дій; це також не Функція 6, оскільки вона потребує клінічної повторної оцінки й підзвітності переходу/передачі.
Спеціалізоване психологічне лікування	Лікує оцінений стан психічного здоров'я за допомогою показаного клінічного втручання, наприклад КПТ, коли воно клінічно доречне [4,31].	Фіксованої кількості немає. Залежно від конкретної служби лікування вона може також забезпечувати Функцію 1 та/або Функцію 2, але ці функції не гарантуються лише фактом надання спеціалізованого лікування. Функції 3 і 4, зокрема, зазвичай є окремими, якщо їх прямо не замовлено.
Кваліфікована клінічна рання допомога (напр., CS-Return)	Працює з поточним кризовим порушенням через інтегровану відповідь, яку надає клініцист.	Усі шість функцій.

Приклад: чому контракт на консультування, терапію чи іншу підтримку - не те саме, що кваліфікована клінічна рання допомога (напр., CS-Return)

Консультування, спеціалізоване лікування травми, EAP-консультування, взаємопідтримка, MHFA, TRiM, CISM/CISD і PFA наведені тут як поширені приклади підходів з одним видом підтримки. Кожен із них може мати законну роль, але не слід припускати, що він забезпечує всі шість функцій, якщо вони прямо не включені.

Контракт на консультування, терапію чи іншу підтримку	Кваліфікована клінічна рання допомога (напр., CS-Return)
Швидкі зустрічі та зміни в короткі терміни не включені автоматично.	Сесії гнучкі та можуть бути призначені або змінені в короткі терміни відповідно до зміни потреб.
Тривалість і частота контакту зазвичай жорсткі, тому клієнт підлаштовується під терапевта, а не підтримка - під мінливі кризові потреби.	Сесії можуть бути коротшими або довшими залежно від того, що потрібно зробити.
Не включає автоматично змін на робочому місці, практичної допомоги або підтримки для продовження чи повернення до обов'язків і повсякденного життя.	Включає практичну допомогу та підтримку для продовження або повернення до обов'язків і повсякденного життя, коли це потрібно.
Зосереджується на своїй конкретній меті: емоційній підтримці, розпізнаванні труднощів, взаємному моніторингу, дебрифінгу, інформації або зв'язку - без мети активно змінювати ситуацію.	Фокус - на тому, що інцидент змінив зараз і яка допомога чи дія потрібна для роботи та повсякденного життя.
Не включає відповідальності за координацію дій між людьми та службами.	За згодою людини надавач координує роботу і може також взаємодіяти з керівниками, охороною праці, медичними службами, сім'єю чи іншими службами.
Може бути короткою або довготривалою відповідно до моделі терапії чи програми; сама тривалість не робить її повною кризовою відповіддю.	Зазвичай одна-чотири сесії, з винятковою п'ятою лише для переходу чи передачі. Сесії можуть розподілятися відповідно до потреби. Кожна сесія є повним циклом дії та перегляду: визначити, що потребує допомоги, діяти, перевірити, що змінилося в реальному житті, і погодити наступні кроки.
Зазвичай включає лише щомісячні супервізійні зустрічі, чого недостатньо для кризової роботи.	Супервізор випадку доступний протягом усієї відповіді, у тому числі до і після кожної сесії, з переглядом кожної сесії.
Прогрес може оцінюватися за симптомами, терапевтичними цілями, знаннями, упевненістю, зверненням по допомогу, взаємним моніторингом або іншими результатами конкретної програми.	Прогрес оцінюється за функціонуванням у реальному житті та тим, чи відбулися погоджені дії.

Відповідь має бути гнучкою, оскільки інцидент може порушити сон, поїздки, зміни, роботу або сімейне життя. Пропущена або змінена сесія може бути частиною цих проблем, а не небажанням залучатися. Кожна сесія є повним циклом дії та перегляду: визначити, що потребує допомоги, діяти, перевірити зміни в реальному житті та погодити наступні кроки. Консультант або інший фахівець у сфері психічного здоров'я потребує додаткового навчання і супервізованої практики для надання кваліфікованої клінічної ранньої допомоги. Професійна назва або кваліфікація сама по собі не демонструє компетентності в усіх шести функціях.

ПІДХІД ПІДТРИМКИ МОЖЕ БУТИ ЧАСТИНОЮ ВІДПОВІДІ, НЕ БУДУЧИ ВСІЄЮ КРИЗОВОЮ ВІДПОВІДДЮ

Консультування, спеціалізоване лікування травми, взаємопідтримка, MHFA, TRiM, CISM/CISD, PFA та інші підходи можуть мати законну роль. Питання для замовників полягає в тому, чи замовлена відповідь фактично забезпечує всі шість потрібних функцій і зберігає відповідальність за те, що відбувається далі.

Що докази означають для керівників

Докази не підтримують автоматичне пропонування консультування, КПТ або спеціалізованого лікування травми кожному після серйозного інциденту. Так само не слід припускати, що будь-який один підхід підтримки - наприклад EAP-консультування, взаємопідтримка, MHFA, TRiM, CISM/CISD або PFA - забезпечує повну кризову відповідь. Скринінг, оцінка придатності, скерування й направлення також можуть бути необхідними процесами, але самі по собі не становлять відповіді. Користь від ранньої КПТ, орієнтованої на травму, переважно спостерігається у людей з гострим стресовим розладом або значними ранніми симптомами, тоді як психологічний дебрифінг не запобігає ПТСР і для деяких людей може погіршувати результати [35,46,74-77]. Терапія може бути корисною, але сам по собі серйозний інцидент або видимий дистрес не є достатньою підставою для автоматичного призначення консультування чи спеціалізованого лікування травми.

Систематичний огляд, орієнтований на робоче середовище, показав, що більшість доказів були низької якості, не встановлювали чіткої переваги будь-якого конкретного втручання після інциденту та виявили деякі негативні результати, пов'язані із загальним дебрифінгом [93].

ПРАКТИЧНИЙ ВИСНОВОК

Не пропонуйте автоматично консультування або спеціалізоване лікування травми після серйозного інциденту і не припускайте, що EAP-консультування, TriM, перша допомога у сфері психічного здоров'я (MHFA), CISM/CISD, скринінг, скерування чи направлення забезпечують повну кризову відповідь. Починайте з того, що змінилося зараз: безпека, фізичні потреби, практичні проблеми, доступна допомога й підтримка та те, що людині важко робити на роботі чи в повсякденному житті [19,34,42,45,47-49,67-69].

5. Що замовники послуг мають забезпечити до інциденту

До інциденту замовники послуг мають переконатися, що контракт охоплює кваліфіковану клінічну ранню допомогу з усіма шістьма функціями, описаними в цьому документі. Контракт має чітко визначати сім речей:

- 1. З ким зв'язуватися, як швидко вони відповідатимуть і коли служба доступна, включно з тим, що відбувається у разі невідкладної медичної, психіатричної, екстреної або захисної проблеми.**
- 2. Що саме буде робити надавач - не лише назву послуги - і чи може він забезпечити всі шість функцій, описаних у цьому документі.**
- 3. Як вони допомагатимуть із проблемами, спричиненими інцидентом, не роблячи детальне переказування частиною ранньої допомоги.**
- 4. Хто організує будь-яку потрібну допомогу на робочому місці, медичну, сімейну чи іншу практичну допомогу, хто виконає кожну дію і коли її буде переглянуто.**
- 5. Хто залишається відповідальним між сесіями і доки підтримку не буде завершено або передано іншій службі.**
- 6. Хто надаватиме відповідь і чи є ці люди належно кваліфікованими, досвідченими та супервізованими для оцінки, стабілізації, допомоги людині продовжувати або повертатися до роботи й повсякденного життя, організації іншої допомоги та визначення наступних кроків. Контракт також має охоплювати реєстрацію, страхування, конфіденційність і процедуру скарг.**
- 7. Що надавач звітуватиме назад - зокрема чи краще людина справляється з роботою та повсякденним життям, чи відбулися погоджені дії та чи спрацювала передача - а не лише симптоми.**

НЕ КУПУЙТЕ НАЗВУ АБО СЕРТИФІКАТ.

Назви на кшталт «фахівець із травми», «травма-терапевт», «практик із травми», «фахівець із критичних інцидентів», «терапевт», «консультант», «психотерапевт», «надавач психологічної підтримки», «фахівець із психічного здоров'я», «фахівець із добробуту» або «практик, що працює з урахуванням травми» можуть звучати професійно, але жодна з цих назв сама по собі не є захищеною законом у Великій Британії, а їх використання не вимагає реєстрації у статутному професійному регуляторі і не доводить професійної компетентності. Не покладайтеся на назву. Перевіряйте базову кваліфікацію, статутну реєстрацію там, де вона застосовується, або відповідний акредитований реєстр, релевантний досвід, супервізію, страхування та шлях подання скарг [80,81,92]. Потім перевірте, чи людина справді може виконувати функції, потрібні замовленій відповіді. У медичній допомозі, замовленій Національною службою охорони здоров'я Англії (NHS), настанова 2026 року також установлює вимоги до реєстрації для визнаних назв психологічних професій із використанням статутної або визнаної професійної реєстрації залежно від випадку [94].

ХТО ВВАЖАЄТЬСЯ «НАЛЕЖНО КВАЛІФІКОВАНИМ»?

«Кваліфікована клінічна рання допомога» описує відповідь, а не професійну назву чи кваліфікацію. Замовники мають вимагати і визнану базову професію у сфері психічного здоров'я, і додаткову компетентність у ранній кризовій та травматичній допомозі. Прикладами можуть бути клінічний психолог або психолог-консультант, зареєстрований у НСПС, повністю акредитований психотерапевт чи консультант у відповідному PSA-акредитованому реєстрі або інший належно регульований чи зареєстрований фахівець у сфері психічного здоров'я, якщо ця робота входить до його професійної компетенції. Також потрібні релевантне післякваліфікаційне навчання, супервізована практика та продемонстрована компетентність у ранній кризовій і травматичній допомозі, включно з оцінкою поточного впливу й ризику, стабілізацією, безпечним продовженням/адаптацією/поверненням, координацією та розпізнаванням ситуацій, коли потрібна невідкладна або спеціалізована допомога. Професійної реєстрації самої по собі недостатньо. Короткого курсу або «сертифіката з травми» самого по собі недостатньо.

Поставте кожному надавачу ці три запитання

Запитання	Що має показати надавач
1. Хто реагуватиме і чи вони кваліфіковані?	Визначені працівники або ролі; визнана базова кваліфікація у сфері психічного здоров'я; чинна статутна реєстрація або повна акредитація у відповідному PSA-акредитованому реєстрі; докази додаткової компетентності в ранній кризовій і травматичній допомозі; докази того, що вони можуть оцінювати, стабілізувати, допомагати людям продовжувати або повертатися до роботи й повсякденного життя, управляти ризиком і питаннями захисту, організовувати іншу допомогу та визначати наступні кроки; як стандарт CTGR для замовлення послуг, кожна сесія клієнта має переглядатися у супервізії конкретного випадку другим досвідченим фахівцем - а не лише в межах звичайної щомісячної супервізії; страхування та процедура скарг.
2. Що саме ви робитимете після інциденту?	Як швидко вони реагують; як організовуються сесії; чи надають вони всі шість функцій, потрібних для кваліфікованої клінічної ранньої допомоги, чи лише частину; і як вони працюють із невідкладними проблемами, практичною допомогою, роботою та повсякденним життям, переглядом, завершенням і передачею.
3. Хто відповідальний до завершення підтримки або її передачі?	Визначені відповідальні з боку надавача та організації; хто відповідає за кожну дію; як інформація передається й захищається; що відбувається, якщо щось іде не так; і хто бере відповідальність за те, чого надавач не забезпечує.

Переконайтеся, що відповідь відповідає країні, сектору та віковій групі

Відповідь має відповідати законодавству та місцевим домовленостям щодо надзвичайних ситуацій, зайнятості, охорони праці, захисту даних, професійної практики та захисту від шкоди. Для дітей і молоді вона також має охоплювати віковідповідну комунікацію, згоду й конфіденційність, залучення сім'ї або опікуна, зв'язки з освітою чи дитячими службами та фахівців із досвідом роботи з дітьми [13,52].

Використовуйте системи планування надзвичайних ситуацій, які вже існують

У багатьох секторах заздалегідь планують, хто діятиме, хто координуватиме і як триватиме комунікація після серйозного інциденту. Приклади включають плани допомоги сім'ям в авіації, системи безпеки пацієнтів NHS, психологічну першу допомогу (PFA) у школах, британську доктрину реагування на надзвичайні ситуації та JESIP [50-54]. Також можуть укладатися контракти із зовнішніми службами екстреного реагування [55]. Керівництва поліції щодо ідентифікації жертв катастроф і NHS щодо зв'язку із сім'ями так само використовують визначених контактних осіб і безперервну комунікацію [56-58]. Ці приклади не доводять, що кваліфікована клінічна рання допомога вже надається; вони показують, що організації вже вміють планувати й координувати відповідь. Замовники послуг усюди мають перевіряти, що саме робитиме кожен надавач.

Чотири організаційні кроки після серйозного інциденту	Що відбувається
1. Перевірити	Перевірити, що змінив інцидент і чи потрібна невідкладна допомога.
2. Визначити	Визначити, яка підтримка потрібна зараз: звичайна організаційна підтримка, кваліфікована клінічна рання допомога (напр., CS-Return), невідкладні дії, спеціалізована допомога або їх поєднання.
3. Організувати	Визначити, хто виконає кожну робочу, практичну, медичну чи іншу дію і до якого терміну.
4. Переглянути	Перевірити, що покращилося, і вирішити, чи продовжувати, змінити план, завершити підтримку або організувати іншу допомогу.

ЧАСТИНА II | ДОКАЗИ ТА ПРОФЕСІЙНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ

Серйозний інцидент - це подія. Криза - це те, що через неї стало небезпечним, порушеним або складним. Травма-пов'язаний стан - це стан психічного здоров'я, визначений за допомогою належної клінічної оцінки. Після серйозного інциденту люди можуть бути шоковані, не спати, перебувати у стані підвищеної настороженості, бути сплутаними, відстороненими, уникати певних речей або мати труднощі з роботою та повсякденним життям. Це можуть бути звичайні ранні реакції на серйозну подію і вони не означають автоматично, що людина має розлад психічного здоров'я. Це не причина чекати: безпека, фізичне здоров'я, способи подолання, практичні потреби та обов'язки мають вирішуватися негайно, а невідкладна або клінічно показана оцінка не повинна відкладатися [14,20,28,29,35,42].

Відсутня організаційна відповідь

Настанова NICE щодо ПТСР та пов'язані докази переважно пояснюють службам, як розпізнавати, оцінювати, запобігати та лікувати ПТСР. Самі по собі вони не дають повної організаційної відповіді на те, хто працюватиме з практичною кризою після інциденту: хто перевіряє, що змінилося, хто організовує практичні або робочі дії, хто допомагає людині продовжувати або повертатися до повсякденного життя, хто залишається відповідальним і хто перевіряє, чи стало краще [27-30].

Проблема не в тому, що організації не мають підтримки. У багатьох уже є консультування, ЕАР, перша допомога у сфері психічного здоров'я (MHFA), TrIM, CISM/CISD, скринінг, скерування, маршрути направлення та доступ до лікування психічного здоров'я або травми. Проблема полягає в автоматичному спрямуванні людей у консультування чи лікування травми або в тому, що будь-який один із цих підходів чи процесів сприймається як повна кризова відповідь. Це може патологізувати звичайні ранні кризові реакції, створювати непотрібні направлення та переводити людей у служби психічного здоров'я, хоча лікування їм може бути не потрібне [28,29,35,74,75]. Це створює уникнений попит на служби психічного здоров'я, які вже перебувають під значним тиском [90,91], тоді як початкова криза може залишатися некерованою.

Отже, людину можуть вислухати, просканувати, направити або запропонувати лікування, тоді як ніхто не займається тим, що фактично створює труднощі зараз: сном, безпекою, фізичним здоров'ям, концентрацією, поїздками, роботою, обов'язками з догляду, практичними проблемами чи поверненням до повсякденного життя. Направлення до служби психічного здоров'я може перевести людину в іншу систему, не врегулювавши кризу, що спричинила направлення. Якщо оцінка показує потребу в лікуванні психічного здоров'я, його слід надати - але воно не повинно замінювати стабілізацію, практичні дії, координацію та підтримку продовження або повернення до повсякденного життя.

СИСТЕМНИЙ ЗБІЙ ПРОСТИМИ СЛОВАМИ

Автоматичне направлення людей у консультування або спеціалізоване лікування психічного здоров'я може патологізувати звичайні ранні кризові реакції, створювати непотрібні направлення та додавати уникнений тиск на служби психічного здоров'я, тоді як сама практична криза залишається нерегульованою.

7. Звідки походить кризова стабілізація та повернення (CS-Return) - і що вона додає

Принципи, що лежать в основі ранньої допомоги після серйозних інцидентів, не є новими. Протягом понад 130 років практики роботи з травмою та кризою різні клінічні, кризові й психосоціальні традиції підкреслювали безпеку, стабілізацію, подолання, ресурси, функціонування, адаптацію та відновлення зв'язку до або поряд зі спеціалізованим лікуванням [95]. Це не означає, що впродовж усього цього періоду існувала одна послідовна модель кваліфікованої клінічної ранньої допомоги; це історичні попередники та споріднені традиції, що допомагають пояснити принципи, на яких можуть будуватися сучасні відповіді.

Від 1889 року праці П'єра Жане сприяли одному з найраніших фазових розумінь посттравматичних труднощів, пізніше описаному через стабілізацію, роботу з травматичними спогадами та реінтеграцію або реабілітацію [41,71]. У 1917 році Томас Салмон описав практику «передової психіатрії» Першої світової війни, яка підкреслювала швидке втручання, близькість до звичної ролі людини та очікування функціонального відновлення [78,79]. У 1944 році робота Еріха Ліндемманна щодо гострого горя допомогла розвитку кризового втручання, орієнтованого на відновлення подолання та адаптації [72]. У 1964 році Джеральд Каплан далі розвинув кризову теорію, наголошуючи на подоланні, доступних ресурсах і підтримці в періоди кризи [73]. Ці історичні джерела показують наступність важливих принципів; вони не є сучасними доказами ефективності або доказом однієї безперервної моделі ранньої допомоги.

Сучасні підходи ранньої підтримки продовжили багато з цих принципів. Польовий посібник з психологічної першої допомоги (PFA) 2006 року підкреслював безпеку, практичну допомогу, подолання, доступ до ресурсів і соціальний зв'язок

[19,34,42,45,47-49]. У 2010 році «Навички психологічного відновлення» (SPR) розширили це в бік роботи з триваючими труднощами, розвитку навичок подолання та відновлення функціонування в тиждень і місяць після серйозних подій [60]. PFA і SPR є важливими прикладами ранньої підтримки, але вони не є еквівалентом кваліфікованого клінічного втручання: PFA можуть надавати навчені неклінічні помічники, тоді як SPR є структурованим навичковим підходом, а не формальним лікуванням психічного здоров'я [45,47,49,60,95].

Те, що додає CS-Return, - це сучасна кваліфікована клінічна конфігурація цих усталених принципів для ситуацій, коли звичайної організаційної чи психосоціальної підтримки недостатньо. Вона поєднує клінічну оцінку та тріаж, активну стабілізацію, безпечне продовження, адаптацію або повернення, стосункову та практичну координацію, перегляд змін у реальному житті й клінічну повторну оцінку в одній короткій, інтегрованій відповіді, яку надає клініцист. Її запропонований внесок полягає не у винаході окремих принципів, а в їх інтеграції в підзвітне кваліфіковане клінічне раннє втручання. Опрацювання травми не є частиною CS-Return і надається окремо, коли є клінічні показання [64,95].

Сучасна рамка CS-Return розвивалася через навчання та практику Інституту комплексної травми з 2019 року, надавалася й удосконалювалася через Мережу терапевтів комплексної травми з 2020 року, а з 2022 до 2025 року також викладалася українським психологом під робочою назвою «Рамка кризової та травматичної стабілізації». У 2025 році її було кодифіковано в клінічному посібнику СТІ під попередньою назвою «Кризова та травматична стабілізація» [64,95]. Цей аналітичний документ описує її ширше організаційне застосування та застосування для замовлення послуг.

Стабілізація та повернення є самостійними функціями відновлення. Стабілізація - це не просто заспокоєння людини, зменшення дистресу або підготовка до терапії. Йдеться про допомогу людині зберегти або відновити функціонування, порушене кризою. Повернення - це не післялікувальний етап, який відкладається до завершення лікування.

Тому з першої сесії підтримка має зосереджуватися на тому, що криза порушила і з чим людині важко справлятися зараз. Це може включати сон, ясне мислення, поїздки, вхід у певне місце, роботу на зміні, відвідування школи чи університету, догляд за дітьми чи іншими людьми, виконання сімейних обов'язків, підтримання стосунків або продовження звичної рутини.

Підтримка має визначати, що допоможе людині безпечно продовжувати, адаптуватися за потреби або повернутися якомога раніше, коли це доречно. Це може включати практичну допомогу, тимчасові зміни, підтримку інших людей чи служб і поступові кроки назад у конкретну ситуацію, якої торкнувся інцидент [18,21,33,36,67-69].

Повернення тут означає більше, ніж повернення до роботи. Воно включає роботу, освіту, сімейні та доглядові обов'язки, стосунки, поїздки, участь у громаді та звичні рутини. Повернення може бути поступовим або підтримуватися тимчасовими змінами і ніколи не повинно означати примушування людини повертатися раніше, ніж це безпечно.

Психологічна перша допомога (PFA) і «Навички психологічного відновлення» (SPR) так само пов'язують подолання з практичними діями, ресурсами, функціонуванням і відновленням зв'язку, а не зосереджуються лише на симптомах [19,45,47-49,59-61]. Стабілізація та повернення є самостійними функціями відновлення - не просто підготовкою до терапії та післялікувальним етапом. Спеціалізоване лікування можна додати, коли оцінка показує, що воно потрібне.

Чому повернення має значення

Повернення показує, чи працює стабілізація поза сесією підтримки.

Людина може почуватися спокійніше під час розмови, але все ще не мати змоги нормально спати, їхати потрібним маршрутом, зайти до класу, відпрацювати зміну, доглядати за дітьми, ухвалювати рішення або відновити рутину, якої торкнувся інцидент. Тому краще самопочуття під час сесії підтримки не обов'язково означає, що кризу врегульовано.

Сплановане й переглянуте продовження, адаптація або повернення показує, чи справді людина краще функціонує в повсякденному житті. Це допомагає відновити участь і впевненість, запобігає завершенню підтримки лише тому, що дистрес зменшився, і допомагає вирішити, чи можна завершити відповідь, чи її потрібно продовжити або змінити, або чи потрібна додаткова чи спеціалізована допомога [18,21,33,36,67-69].

Чого немає послідовно

Окремі елементи цієї відповіді вже існують у сучасних службах. Спеціалізовані травматологічні служби можуть надавати стабілізацію; служби критичних інцидентів - швидку підтримку; служби охорони праці та робочого місця - підтримку функціонування і повернення; інші служби - практичну допомогу, координацію або спеціалізоване лікування [82-88]. Чого немає послідовно - це однієї відповіді, яка об'єднує всі шість функцій із самого початку кризи.

Значна частина усталеної стабілізації надається в межах спеціалізованих служб травми, насильства, комплексної травми/CPTSD або довготривалих служб психічного здоров'я [15]. Ці служби важливі, але вони можуть вимагати діагнозу, направлення, відповідності місцевим критеріям або регулярного відвідування і не завжди призначені для негайної активації після нового серйозного інциденту. Служби критичних інцидентів також існують, але їхні публічні описи не завжди показують відповідальність за практичні дії, продовження чи повернення, координацію, безперервність і перегляд функціонування в реальному житті [82-88].

Приклад реалізації СТІ. Інститут комплексної травми (СТІ), який скликає Групу відновлення після криз і травм (CTRG), наразі надає коротку кризову стабілізацію та повернення (CS-Return) на основі функцій, описаних у цьому документі [64]. Це прозоро включено як приклад реалізації, а не як незалежний доказ ефективності моделі.

ПОПЕРЕДЖЕННЯ ЩОДО ПОЛІТИКИ - НЕ ПЕРЕСЛІДУЙТЕ ВІДЛУННЯ КРИЗИ

Організації можуть неодноразово платити за лікування пізнішого психологічного «відлуння» серйозного інциденту, не працюючи з кризою в момент її розвитку - наприклад із тяжкими проблемами сну, практичними труднощами, порушенням роботи або труднощами з продовженням чи поверненням до повсякденного життя.

Група відновлення після криз і травм (CTRG) закликає державних, благодійних і незалежних надавачів послуг психічного здоров'я та кризової підтримки забезпечити, щоб допомога після серйозних інцидентів не зосереджувалася лише на пізніших психологічних наслідках, а включала своєчасну кваліфіковану клінічну ранню допомогу (напр., CS-Return), коли звичайної організаційної чи психосоціальної підтримки недостатньо. Повна відповідь має:

- дозволяти організації активувати підтримку без попередньої вимоги діагнозу ПТСР або детальної історії травми;
- визначати конкретну проблему в роботі чи повсякденному житті, спричинену інцидентом, і пропонувати швидкі, гнучкі сесії;
- організовувати робочі, сімейні, медичні та міжвідомчі дії з визначеною відповідальною особою за кожну дію;
- підтримувати безпечне продовження, адаптацію або повернення до обов'язків і звичних рутин із першої сесії; та
- переглядати прогрес, підтримувати безперервність і організовувати окреме клінічне лікування там, де воно потрібне.

Минулий інцидент неможливо змінити, хоча його тривалі психологічні наслідки можна лікувати. Але криза, яку він створив, також може включати практичні, стосункові, робочі й організаційні проблеми, на які можна впливати зараз. Зміна політики проста: надавати своєчасну стабілізацію та підтримку повернення, поки криза триває, і додавати психологічне лікування там, де воно клінічно потрібне.

9. Чому детальне переказування не є частиною ранньої допомоги

Детальне переказування інциденту не повинно бути частиною кваліфікованої клінічної ранньої допомоги. У цьому документі **Принцип необхідності для травми (PNT)** означає запитувати, записувати або передавати деталі інциденту й травми лише тоді, коли вони потрібні для безпеки, практичного рішення, юридичних або захисних обов'язків, погодженого втручання чи необхідного професійного рішення [11]. Це стосується форм направлення, оцінок, передачі випадку, управлінських звітів, записів і супервізії - не лише терапевтичних сесій.

Перш ніж запитувати, записувати або передавати деталі, запитайте:

Навіщо це потрібно?
Яке рішення це змінить?
Кому це потрібно?
Чи можна виконати ту саму дію з меншим обсягом деталей?

Частини цього принципу вже відображені в чинній практиці, хоча не обов'язково під назвою PNT. Наприклад, психологічна перша допомога (PFA) не вимагає детального обговорення події і відрізняється від психологічного дебрифінгу [45,47,49,59]. Інші публікації описують ненаративну та тілесно-орієнтовану роботу з травма-пов'язаними спогадами й кошмарами [12,23-25]. Це приклади мінімізації непотрібного розкриття; вони не означають, що PFA або будь-який інший окремий метод забезпечує всю кризову стабілізацію та повернення (CS-Return). Необхідна медична, захисна, юридична та клінічна оцінка все одно має проводитися.

10. Комплексна травма/CPTSD і спеціалізована допомога

У цьому документі комплексна травма/CPTSD використовується як скорочення для складних травма-пов'язаних проявів; CPTSD конкретно означає діагноз за ICD-11. Зазвичай він пов'язаний із повторною, тривалою або міжособистісною травмою і може впливати на емоційну регуляцію, ідентичність, довіру, стосунки, поведінку, фізичні реакції та повсякденне життя. Опрацювання одного спогаду може допомогти з однією визначеною труднощю, але не відновлює автоматично регуляцію, довіру, стосунки, ідентичність, участь, ролі чи повсякденне функціонування [6,7,9,10,18,21,33,36]. Література з випадків і практики також показує, що прояви та потреби в лікуванні відрізняються [8,37].

ДРУГИЙ СИСТЕМНИЙ ЗБІЙ

Та сама помилка маршруту може виникати і в допомозі при комплексній травмі: опрацювання травми може стати головною частиною маршруту, тоді як стабілізація, стосунки, функціонування, участь і повернення до звичного життя залишаються недостатньо розвиненими. Мета не в тому, щоб відкидати опрацювання, а в тому, щоб воно відповідало клінічній потребі.

Новий серйозний інцидент може реактивувати або погіршити наявну комплексну травму/CPTSD. Першим завданням усе одно є робота з тим, що порушила поточна криза: фізичним здоров'ям, сном, регуляцією, роботою та повсякденними обов'язками, практичними потребами і безпосередніми ризиками - а не автоматичний початок опрацювання історичної травми. Кризова стабілізація та повернення (CS-Return) можуть тривати, поки організовується додаткова або спеціалізована допомога, якщо оцінка виявляє клінічну потребу.

Коли показана окрема цільова або спеціалізована допомога

Терапевтична робота, що включає навмисне пригадування або опрацювання потенційно травматичних спогадів, не є однією з шести функцій кризової стабілізації та повернення (CS-Return). Вона має проводитися лише тоді, коли оцінка виявляє клінічну потребу. Невідкладне або клінічно показане лікування не повинно відкладатися заради завершення кризової стабілізації та повернення (CS-Return) [27-29,35,38,46].

ОПРАЦЮВАННЯ ТРАВМИ Є ОКРЕМИМ І ВИБІРКОВИМ

Кризова стабілізація та повернення (CS-Return) не повинні ставати маршрутом, кінцевою точкою якого є опрацювання травми. Опрацювання - окрема клінічна опція для оціненої потреби, а не автоматичний наступний етап після серйозного інциденту або стабілізації.

Використовуйте пропорційне лікування з мінімальним розкриттям, коли це клінічно доречно

Серйозний інцидент або кризовий дистрес не повинні автоматично призводити до EMDR, КПТ, орієнтованої на травму, або іншої тривалої програми опрацювання травми. Протягом першого місяця організація все одно має управляти кризою через стабілізацію, практичні дії, підтримку функціонування та перегляд. КПТ, орієнтована на травму, може починатися в межах першого місяця для дорослих із гострим стресовим розладом або клінічно значущими симптомами ПТСР, а інше спеціалізоване лікування має починатися щоразу, коли компетентна оцінка виявляє чітку клінічну потребу [27-29,35,38].

Коли оцінка виявляє чітко визначену травма-пов'язану проблему - наприклад нав'язливий спогад, образ, кошмар, флешбек або тригер - і опрацювання клінічно доречне, використовуйте найбільш пропорційне втручання, підтримане доказами. Коли підходить дуже короткий метод із мінімальним розкриттям, розгляньте його перед автоматичним переходом до довшої програми опрацювання травми.

Це не означає, що коротке лікування завжди потрібно пробувати першим. Якщо ширший ПТСР, комплексна травма/CPTSD, тяжка дисоціація, триваюча загроза, значний ризик або інша складність потребують довшої, фазової, психіатричної чи мультидисциплінарної допомоги, таке лікування має починатися без зволікання [27-29,35,38].

Принцип необхідності для травми продовжує діяти і під час лікування: запитуйте деталі травми лише тоді, коли вони потрібні для втручання, безпеки, юридичних або захисних обов'язків чи іншого необхідного професійного рішення [11].

Техніка «Перемотування» як один із прикладів короткого опрацювання з мінімальним розкриттям, підтриманого доказами

Техніка «Перемотування» - короткий, зазвичай індивідуальний метод із мінімальним розкриттям для опрацювання травма-пов'язаних спогадів [1-3,17]. Її включено тут, оскільки вона показує, що чітко визначена травма-пов'язана проблема іноді може бути опрацьована за одну або кілька сесій, а не автоматично вимагати довшої програми опрацювання травми.

Опубліковані докази включають мультицентрове пілотне дослідження, якісне дослідження, пошукове рандомізоване контрольоване дослідження та інші опубліковані застосування [1-3,17,40]. RCT дозволяв до трьох сесій техніки «Перемотування» і виявив значно нижчі оцінені клініцистом симптоми ПТСР порівняно з контрольною умовою через вісім тижнів, із великим розміром ефекту (d Коена = 1,05), що зберігався через 16 тижнів [2,3]. Дослідження NHS 2025 року за участю 10 британських військових ветеранів також повідомило про значні покращення ПТСР, депресії та безсоння після в середньому трьох сесій [89].

Техніка «Перемотування» не є частиною кризової стабілізації та повернення (CS-Return) і не повинна пропонуватися автоматично. Це один із прикладів того, чому, коли опрацювання травми клінічно потрібне, короткий варіант, підтриманий доказами, може бути розглянутий перед автоматичним переходом до довшої програми. Довше або більш спеціалізоване лікування має починатися без зволікання, коли воно клінічно потрібне.

ОСНОВНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРИНЦИП

Якщо чітко визначену травма-пов'язану проблему можна вирішити за одну або кілька сесій, не слід автоматично переходити до довшої програми опрацювання травми, такої як EMDR або КПТ, орієнтована на травму. Розглядайте найбільш пропорційний варіант, підтриманий доказами, включно з коротким методом із мінімальним розкриттям, коли це клінічно доречно. Довше або спеціалізоване лікування має починатися без зволікання там, де воно клінічно потрібне.

11. Як замовники послуг перевіряють компетентність і якість

Не покладайтеся на назву на кшталт «фахівець із травми». Для CS-Return або іншої кваліфікованої клінічної ранньої допомоги замовники послуг мають перевіряти, що належно кваліфіковані, досвідчені, застраховані та підзвітні фахівці у сфері психічного здоров'я можуть оцінювати поточний вплив і ризик, стабілізувати функціонування, підтримувати безпечне продовження, адаптацію або повернення, координувати дії та розпізнавати, коли потрібна спеціалізована допомога [62,63].

Як стандарт CTRG для замовлення послуг, кожна сесія клієнта має переглядатися в супервізії конкретного випадку другим досвідченим фахівцем - а не лише в межах звичайної щомісячної супервізії.

Перевірте, що всі шість функцій фактично надаються

Шість функцій для замовлення послуг, використаних у цьому документі, відповідають шести компетентностям практиків, описаним у клінічній рамці CS-Return [95]. Для CS-Return зокрема практики також мають бути належно кваліфікованими фахівцями у сфері психічного здоров'я, працювати в межах своєї компетенції та бути додатково навченими всім шести компетентностям практиків CS-Return [95]. Попросіть надавача показати, як він буде:

1. оцінювати поточний вплив, ризик і пріоритети;
2. стабілізувати безпеку та функціонування і перевіряти, чи допомогла надана підтримка;
3. підтримувати безпечне продовження, адаптацію або повернення до конкретної ролі чи рутини, яких торкнувся інцидент;
4. координувати стосункові, практичні, організаційні та міжвідомчі дії з чіткою відповідальністю;
5. переглядати, що змінилося в реальному житті - а не лише симптоми; та
6. повторно оцінювати й визначати наступні кроки, включно з продовженням, коригуванням, завершенням або передачею.

Служба також має бути здатною гнучко реагувати, управляти невідкладними проблемами, зберігати відповідальність між сесіями, захищати конфіденційність і уникати непотрібного детального переказування.

Перевіряйте, що фактично змінилося

Перевіряйте результати в реальному житті, а не лише кількість сесій, направлень чи оцінки симптомів: чи було вжито заходів щодо невідкладних потреб, чи відбулися погоджені дії, чи покращилося функціонування, чи відбулося безпечне продовження, адаптація або повернення і чи спрацювала передача.

Якщо надавач не може показати, як були забезпечені всі шість функцій і чи вони змінили щось у реальному житті, замовники не повинні припускати, що купують кваліфіковану клінічну ранню допомогу.

12. Як було розроблено цей аналітичний документ

Група відновлення після криз і травм (CTRG), міжсекторна експертна група та аналітичний центр, скликаний Інститутом комплексної травми, розробила цей документ через мультидисциплінарні консультації та перегляд. Група використовувала цільовий пошук рецензованих досліджень, систематичних оглядів, національних і міжнародних настанов, історичних джерел та актуальної інформації про послуги. Пріоритет надавався систематичним оглядам, контрольованим дослідженням, офіційним настановам і первинним історичним джерелам.

Вебсторінки служб і внутрішні документи використовуються лише для опису поточної практики або нових прикладів реалізації [64,82-88]. Рукопис, який наразі перебуває в процесі рецензованої публікації [32], чітко позначений і не розглядається як уже встановлений опублікований доказ. Пошук і перевірка служб були оновлені до серпня 2026 року. Це аналітичний документ щодо політики та практики, інформований доказами, а не систематичний огляд або клінічна настанова. Зовнішнього фінансування не було.

Шість компетентностей практиків - перекладених у цьому документі в шість функцій для замовлення послуг - разом із форматом однієї-чотирьох сесій і моделлю супервізії є специфікаціями реалізації СТІ, кодифікованими в клінічному посібнику СТІ [64,95]. CTRG переглянула рамку та розробила ширші міжсекторні організаційні рекомендації й рекомендації щодо замовлення послуг, викладені в цьому документі.

Прозорість та інтереси: CTRG скликається СТІ, який також надає кризову стабілізацію та повернення (CS-Return). СТІ включено як один приклад реалізації, а не як незалежний доказ ефективності. СТІ також проводить платне навчання техніці «Перемотування». Цю техніку включено в документ лише як один приклад короткого лікування з мінімальним розкриттям; вона не є частиною CS-Return і не є обов'язковим компонентом відповіді.

ВИСНОВОК

Центральна помилка під час замовлення послуг полягає в тому, що кризу надто часто трактують як доказ травма-пов'язаного стану. Тоді організації можуть замовляти консультування, EAP, лікування травми, програми взаємопідтримки, MHFA, TRiM, CISM/CISD, скринінг, оцінку придатності, скерування чи направлення - підходи й процеси з різними цілями - тоді як сама криза залишається без скоординованої відповіді.

Деякі з них виявляють проблеми, моніторять реакції, заохочують звернення по допомогу, направляють або лікують психологічне «відлуння» кризи. Але самі по собі вони не оцінюють і не управляють тим, що криза порушила: не стабілізують функціонування, не координують практичні дії, не підтримують продовження або повернення, не зберігають відповідальність і не перевіряють, що фактично змінилося.

Зміна політики проста: замовляйте кризову відповідь для самої кризи. Коли потрібна додаткова структурована підтримка, забезпечуйте кваліфіковану клінічну ранню допомогу (напр., CS-Return) і додавайте цільове або спеціалізоване лікування там, де оцінка виявляє клінічну потребу.

ЗМІНА ПОЛІТИКИ

Не трактуйте кризу як доказ травма-пов'язаного стану. Замовляйте відповідь на те, що інцидент порушив: стабілізуйте функціонування, підтримуйте безпечне продовження, адаптацію або повернення, координуйте практичні дії та додавайте спеціалізоване лікування там, де воно клінічно потрібне.

ДОДАТОК А. МІНІМАЛЬНА СПЕЦИФІКАЦІЯ ДЛЯ ЗАМОВЛЕННЯ ПОСЛУГ

Цей додаток перетворює рекомендації на мінімальну специфікацію для проектування, закупівлі або перегляду відповіді.

Використовуйте цей контрольний список під час проектування, закупівлі або перегляду кваліфікованої клінічної ранньої допомоги. CS-Return є інтегрованим прикладом реалізації, використаним у цьому документі. Це не означає, що кожну людину, якої торкнувся інцидент, потрібно направляти. Це означає, що повна відповідь має бути доступною і що жодна окрема терапія, програма підтримки, навчальний пакет, оцінка, процес скринінгу чи маршрут направлення не повинні розглядатися як повна кризова відповідь самі по собі.

Що має вимагати контракт	Що це означає на практиці
1. Повна відповідь	Контракт має охоплювати всі шість функцій кваліфікованої клінічної ранньої допомоги. CS-Return є одним інтегрованим прикладом. Має бути чітко визначено, хто забезпечує кожну частину.
2. Готовність і швидкий доступ	Визначений організаційний відповідальний і надавач; чіткі правила, коли використовувати службу; час відповіді; години роботи; і зв'язки з невідкладними та спеціалізованими службами.
3. Доступ на основі поточної потреби	Підтримка пропонується тому, що інцидент спричинив проблеми, які потребують допомоги зараз, - а не просто тому, що людина зазнала впливу. Детальне переказування не є частиною кваліфікованої клінічної ранньої допомоги.
4. Негайне перенаправлення при невідкладних проблемах	Невідкладні медичні, психіатричні, захисні або операційні проблеми виявляються і щодо них негайно вживаються дії.
5. Коротка, сфокусована й така, що підлягає перегляду, допомога	Відповідь має залишатися сфокусованою на поточній потребі, діях і перегляді в реальному житті. У CS-Return кожна сесія є повним циклом дії та перегляду: визначити, що потребує допомоги, діяти, переглянути, що змінилося в реальному житті, і погодити наступні кроки.
6. Доведена компетентність	Релевантна кваліфікація у сфері психічного здоров'я, робота в межах професійної компетенції та супервізований досвід; докази того, що фахівець може оцінювати, стабілізувати, підтримувати безпечне продовження, адаптацію або повернення до роботи й повсякденного життя, координувати іншу допомогу, управляти ризиком і захистом від шкоди та визначати наступні кроки, разом із професійним страхуванням і належним професійним управлінням [62,63,80,81]. Як стандарт CTRG для замовлення послуг, кожна сесія клієнта має переглядатися у супервізії конкретного випадку другим досвідченим фахівцем - а не лише через звичайну щомісячну супервізію.
7. Координація і безперервність	Кожна дія на робочому місці, медична, у сфері охорони здоров'я працівників, сімейна, із захисту від шкоди, юридична, фінансова або страхова має визначену відповідальну особу та дату перегляду.
8. Безпечне продовження, адаптація або повернення	Підтримка пов'язана з конкретним обов'язком, маршрутом, середовищем, стосунками, сімейною відповідальністю або рутинною, яких торкнувся інцидент, і підтримує безпечне продовження, адаптацію або повернення якомога раніше, коли це доречно, із тимчасовими або поступовими змінами за потреби.
9. Практика мінімального розкриття інформації	Форми, оцінки, передачі та звіти запитують лише інформацію, потрібну для безпеки, дії або необхідного професійного рішення [11].
10. Окреме й пропорційне спеціалізоване лікування	Опрацювання травми є окремим від кризової стабілізації та повернення (CS-Return) і використовується лише тоді, коли оцінка виявляє клінічну потребу. Коли опрацювання потрібне, використовуйте найбільш пропорційний варіант, підтриманий доказами; коротке втручання з мінімальним розкриттям можна розглядати, коли воно клінічно доречно, але воно не є обов'язковим кроком перед довшою або спеціалізованою допомогою.
11. Доступність і відповідність сектору	Плануйте мову, культуру, інвалідність, нейровідмінності, сенсорні потреби, дітей, триваючу загрозу та ризики конкретного сектору.
12. Корисні результати	Звіти показують, чи були врегульовані невідкладні ризики, чи люди могли безпечно продовжувати, адаптуватися або повертатися до конкретного робочого обов'язку, маршруту, місця, сімейної відповідальності чи звичайної рутини, яких торкнувся інцидент; чи відбулися погоджені дії та передача; і чи покращилося функціонування в реальному житті - а не лише симптоми.

Мінімальний запис кризової стабілізації та повернення (CS-Return) для замовників послуг

Сфера	Що має бути зафіксовано	Перевірка замовника
1. Активація	Дата, маршрут направлення, причина і час відповіді.	Чи почалася підтримка тоді, коли була потрібна?
2. Тріаж поточного впливу	Що змінилося, які проблеми відбуваються зараз, будь-які невідкладні потреби і яку підтримку погоджено.	Чи ґрунтувалася підтримка на тому, що відбувається зараз, а не лише на факті впливу?
3. Невідкладні дії	Будь-яке медичне, психіатричне, захисне чи операційне питання та вжиті дії.	Чи було невідкладну дію виконано негайно?
4. Стабілізація та повернення	Надана допомога, конкретна роль або рутинна, яких торкнувся інцидент, тимчасові зміни і дата перегляду.	Чи працювала підтримка з реальною проблемою і чи допомогла людині продовжити або повернутися?
5. Практична координація	Потрібні дії на робочому місці, сімейні, медичні, у сфері охорони здоров'я працівників, житлові, фінансові, юридичні або міжвідомчі дії.	Чи мала кожна дія визначену відповідальну особу, термін і дату перегляду?
6. Перегляд реального життя	Зміни у сні, концентрації, поїздках, роботі, обов'язках з догляду та повсякденному житті.	Чи переглядалися зміни в повсякденному житті - а не лише симптоми?
7. Наступне професійне рішення	Продовжити, змінити план, завершити, терміново перенаправити або організувати окрему допомогу із зазначенням причини.	Чи завершувалася кожна сесія чітким наступним кроком?
8. Завершення та якість	Передача, залишкові дії, попереджувальні ознаки, доступність, досвід, скарги та небажані події.	Чи була відповідальність чітко передана і чи було зафіксовано навчання?

ЧИ ПРОХОДИТЬ ВІДПОВІДЬ ЦЮ ПЕРЕВІРКУ?

Чи може керівник негайно зв'язатися з визначеним надавачем або скоординованою службою з належно кваліфікованими й досвідченими фахівцями, які можуть оцінити поточну проблему, забезпечити всю кризову стабілізацію та повернення (CS-Return), підтримувати координацію між сесіями і визначити наступні кроки? Чи закріплена кожна дія за визначеною особою з датою перегляду?

ДЕ МОЖНА ОТРИМАТИ ТАКУ ПІДТРИМКУ?

У Великій Британії Blake Emergency Services надає кваліфіковану ранню психологічну підтримку після серйозних подій, зокрема підхід CS-Return. Підтримка надається кваліфікованими фахівцями та зосереджується на стабілізації, підтриманні функціонування, адаптації та безпечному поверненні до звичного життя або роботи.

ДОДАТОК В. КЛЮЧОВІ ТЕРМІНИ ТА СКОРОЧЕННЯ

Термін	Значення для керівників і замовників послуг
Кваліфікована клінічна рання допомога	Рання допомога, яку надає клініцист, коли звичайної організаційної або психосоціальної підтримки недостатньо, з фокусом на поточному порушенні, стабілізації, функціонуванні, координації та визначенні наступних кроків. CS-Return є одним інтегрованим прикладом.
Поточне кризове порушення	Те, що серйозний інцидент змінив зараз і де потрібна допомога - наприклад сон, фізичне здоров'я, концентрація, поїздки, робота, обов'язки з догляду, рутини або практичні проблеми.
Стабілізація	Допомога людині впоратися з тим, що криза порушила, щоб вона могла продовжувати функціонувати там, де це можливо, або відновити функціонування там, де воно було порушене.
Продовження, адаптація або повернення до ролей і рутин	Практична підтримка, що допомагає людині безпечно продовжувати, адаптуватися або повертатися до конкретного робочого обов'язку, маршруту, місця, сімейної відповідальності чи повсякденної рутини, яких торкнувся інцидент, із тимчасовими змінами за потреби.
Практична допомога і координація	Забезпечення того, щоб будь-яка потрібна допомога на робочому місці, у сфері охорони здоров'я працівників, медична, сімейна, із захисту від шкоди, юридична, фінансова, страхова або інша допомога після інциденту була фактично організована.
Функціональна ко-регуляція	Визначена людина або служба надає спокійну практичну підтримку щодо конкретної проблеми, спричиненої інцидентом, - наприклад перед зміною, під час поїздки або при поверненні у складне місце, - погоджує, що буде зроблено, і перевіряє, чи це допомогло.
Опрацювання травми	Терапія, що навмисно працює з травматичними спогадами, емоціями або значеннями. Вона є окремою від кризової стабілізації та повернення (CS-Return) і використовується лише за наявності клінічної потреби.
Інтеграція / продовження, адаптація або повернення до звичного життя	Допомога людині безпечно продовжувати, адаптуватися або повертатися до роботи, поїздок, сімейних обов'язків, стосунків, рутин і життя громади - а не лише зменшувати симптоми.
Підтримка з мінімальним розкриттям (допомога без детального переказування)	Надання допомоги без детального переказування серйозного інциденту. Запитуйте лише інформацію, потрібну для безпеки, практичних дій, юридичних або захисних обов'язків чи необхідного професійного рішення.

Скорочення

Скорочення	Значення	Скорочення	Значення
ASD	гострий стресовий розлад	CISD	дебрифінг стресу після критичного інциденту
CISM	управління стресом після критичного інциденту	CPTSD	комплексний посттравматичний стресовий розлад
CTI	Інститут комплексної травми	CTRG	Група відновлення після криз і травм
EAP	програма допомоги працівникам	EMDR	десенсибілізація та репроцесинг рухами очей
MHFA	перша допомога у сфері психічного здоров'я	NICE	Національний інститут охорони здоров'я та вдосконалення медичної допомоги
PFA	психологічна перша допомога	PNT	принцип необхідності для травми
PTSD	посттравматичний стресовий розлад	RT	техніка «Перемотування»
TF-CBT	когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на травму	TRiM	управління ризиком травми
WHO	Всесвітня організація охорони здоров'я	CS-Return	кризова стабілізація та повернення

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Adams, S., & Allan, S. (2018). Muss' Rewind treatment for trauma: Description and multi-site pilot study. *Journal of Mental Health*, 27(5), 468–474. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1487539>
2. Astill Wright, L. A., Barawi, K., Simon, N., Lewis, C., Muss, D., Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., & Bisson, J. I. (2021). The reconsolidation using rewind study (RETURN): Trial protocol. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1844439. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1844439>
3. Astill Wright, L., Barawi, K., Kitchiner, N., Kitney, D., Lewis, C., Roberts, A., Roberts, N. P., Simon, N., Ariti, C., Nussey, I., Muss, D., & Bisson, J. I. (2023). Rewind for posttraumatic stress disorder: A randomised controlled trial. *Depression and Anxiety*, 2023, 6279649. <https://doi.org/10.1155/2023/6279649>
4. British Association for Counselling and Psychotherapy. (n.d.). What is cognitive behavioural therapy (CBT)? <https://www.bacp.co.uk/about-therapy/types-of-therapy/cognitive-behavioural-therapy/>
5. British Association for Counselling and Psychotherapy. (n.d.). What is counselling? <https://www.bacp.co.uk/about-therapy/what-is-counselling/>
6. Cloitre, M. (2020). ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: Simplifying diagnosis in trauma populations. *British Journal of Psychiatry*, 216(3), 129–131. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.43>
7. Cloitre, M., Courtois, C. A., Ford, J. D., Green, B. L., Alexander, P., Briere, J., Herman, J. L., Lanius, R., Stolbach, B. C., Spinazzola, J., van der Kolk, B. A., & van der Hart, O. (2012). The ISTSS expert consensus treatment guidelines for complex PTSD in adults. *International Society for Traumatic Stress Studies*.
8. Olmedo Gonzalez, A. (2024). Complex trauma and cancer: A case study. *Perspectives on Complex Trauma*, 5(1). <https://www.complextraumainstitute.org/product-page/complex-trauma-and-cancer-a-case-study-vol-5-i1>
9. Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2013). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. Guilford Press.
10. Darby, R. J., Taylor, E. P., & Cadavid, M. S. (2023). Phase-based psychological interventions for complex post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders Reports*, 14, 100628. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100628>
11. Davies, R. A., & Stoneham, T. (2025). The ethics of trauma memory. *Global Philosophy*, 35, 1. <https://doi.org/10.1007/s10516-024-09734-1>
12. Stoneham, T., Davies, R. A., & Karpuk, D. (2021). Nightmares, trauma, and the orthodoxy of narrative. *Perspectives on Complex Trauma*, 1(2), 12–32. <https://eprints.whiterose.ac.uk/id/eprint/179643/>
13. Edwards, D., Carrier, J., Csontos, J., Evans, N., Elliott, M., Gillen, E., Hannigan, B., Lane, R., & Williams, L. (2024). Review: Crisis responses for children and young people – a systematic review of effectiveness, experiences and service organisation (CAMH-Crisis). *Child and Adolescent Mental Health*, 29(1), 70–83. <https://doi.org/10.1111/camh.12639>
14. Feriante, J., & Sharma, N. P. (2023). *Acute and chronic mental health trauma*. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK594231/>
15. Foreman, I., Shipp, A., Staley, M., & Ford, C. (2024). Evaluation of an online pilot 'complex trauma stabilisation' group intervention in an adult mental health service. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 8(1), 100383. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100383>
16. Greenberg, N., Langston, V., Everitt, B., Iversen, A., Fear, N. T., Jones, N., & Wessely, S. (2010). A cluster randomized controlled trial to determine the efficacy of Trauma Risk Management (TRiM) in a military population. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 430–436. <https://doi.org/10.1002/jts.20538>
17. Hartford, L., & Horrocks, M. (2024). Muss Rewind Therapy to alleviate symptoms related to some form of traumatic experience: A thematic analysis. *Counselling and Psychotherapy Research*, 24(1), 258–274. <https://doi.org/10.1002/capr.12644>
18. Herman, J. L. (1998). Recovery from psychological trauma. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52(S1), S98–S103. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.1998.0520s5S145.x>
19. Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., et al. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283–315. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>
20. Hudson, E., Pariseau-Legault, P., Cassivi, C., Chouinard, C., & Goulet, M.-H. (2024). Mental health crisis: An evolutionary concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(6), 1908–1920. <https://doi.org/10.1111/inm.13412>
21. Jellestad, L., Vital, N. A., Malamud, J., Taeymans, J., & Mueller-Pfeiffer, C. (2021). Functional impairment in posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 136, 14–22. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.039>
22. Jones, N., Burdett, H., Green, K., & Greenberg, N. (2017). Trauma Risk Management (TRiM): Promoting help seeking for mental health problems among combat-exposed UK military personnel. *Psychiatry*, 80(3), 236–251. <https://doi.org/10.1080/00332747.2017.1286894>
23. Karpuk, D., & Dawson, C. (2024). A theoretical introduction to working with nightmares using Embodied Reprocessing. *Perspectives on Complex Trauma*, 5(1). <https://www.complextraumainstitute.org/product-page/perspectives-on-trauma-vol-5-issue-1>

24. Karpuk, D., Stoneham, T., & Davies, R. A. (2019). Nightmares and trauma: From narrative to embodied reprocessing. *Context*, 166, 36–39.
<https://eprints.whiterose.ac.uk/id/eprint/155585/>
25. Long, V. (2020). Working with a five-year-old child's nightmares: A short case study. *Perspectives on Complex Trauma*, 1(1).
<https://www.complextraumainstitute.org/product-page/issue-1>
26. MHFA England. (n.d.). Become a Mental Health First Aider.
<https://mhfaengland.org/individuals/adult/mental-health-first-aid/>
27. National Guideline Alliance. (2018). Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the prevention of PTSD in adults. National Institute for Health and Care Excellence.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560223/>
28. National Institute for Health and Care Excellence. (2018; reviewed 2025). Post-traumatic stress disorder (NG116).
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
29. National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Recommendations: Post-traumatic stress disorder.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/recommendations>
30. National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Recommendations for research: Post-traumatic stress disorder.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations-for-research>
31. NHS England. (2024). NHS Talking Therapies for anxiety and depression manual (Version 7).
<https://www.england.nhs.uk/publication/the-improving-access-to-psychological-therapies-manual/>
32. Pavlovska-Kravchuk, V., Yevdokimova, O., Ponomarenko, Y., & Ostrakova, O. (2026). Dynamics of post-traumatic symptomatology after a brief trauma-focused intervention (Rewind Technique): A differentiated analysis [Peer-reviewed manuscript in the publication process in Ukraine].
33. Purnell, L. R., Graham, A. C. J., Bloomfield, M. A. P., & Billings, J. (2021). Reintegration interventions for CPTSD: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1934789.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1934789>
34. Roberts, A. R., & Everly, G. S. (2006). A meta-analysis of 36 crisis intervention studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), 10–21.
<https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhj006>
35. Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Robertson, L., Lewis, C., & Bisson, J. I. (2019). Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD006869.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006869.pub3>
36. Scoglio, A. A. J., Reilly, E. D., Girouard, C., Quigley, K. S., Carnes, S., & Kelly, M. M. (2022). Social functioning in individuals with post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(2), 356–371.
<https://doi.org/10.1177/1524838020946800>
37. Stockton, A. (2025). Working with complex trauma: Integrating a phased stage approach with psychodynamic therapy: Assessment and Formulation. *Perspectives on Complex Trauma*, 6(1), 86–102.
<https://www.complextraumainstitute.org/post/working-with-complex-trauma-integrating-a-phased-stage-approach-with-psychodynamic-therapy-assessment>
38. Torres-Giménez, A., Garcia-Gibert, C., Gelabert, E., Mallorquí, A., Segú, X., Roca-Lecumberri, A., et al. (2024). Efficacy of EMDR for early intervention after a traumatic event: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 174, 73–83.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.04.019>
39. Department of Health and Social Care. (2020). Psychological first aid in emergencies training for frontline staff and volunteers.
<https://www.gov.uk/government/news/psychological-first-aid-in-emergencies-training-for-frontline-staff-and-volunteers>
40. Utuza, A. J., Joseph, S., & Muss, D. (2012). Treating traumatic memories in Rwanda with the Rewind Technique: Two-week follow-up after a single group session. *Traumatology*, 18(1), 75–78.
<https://doi.org/10.1177/1534765611412795>
41. Van der Hart, O., Brown, P., & Van der Kolk, B. A. (1989). Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 379–395.
<https://doi.org/10.1002/its.2490020404>
42. Wang, D., & Gupta, V. (2023). Crisis intervention. In StatPearls. StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559081/>
43. Wang, L., Norman, I., Edleston, V., Oyo, C., & Leamy, M. (2024). The effectiveness and implementation of Psychological First Aid as a therapeutic intervention after trauma: An integrative review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(4), 2638–2656.
<https://doi.org/10.1177/15248380231221492>
44. Whybrow, D., Jones, N., & Greenberg, N. (2015). Promoting organizational well-being: A comprehensive review of Trauma Risk Management. *Occupational Medicine*, 65(4), 331–336.
<https://doi.org/10.1093/occmed/kqv024>
45. World Health Organization, War Trauma Foundation, & World Vision International. (2011). Psychological first aid: Guide for field workers. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205>
46. World Health Organization. (2013). Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. World Health Organization.
47. Ruzek, J. I., Brymer, M. J., Jacobs, A. K., Layne, C. M., Vernberg, E. M., & Watson, P. J. (2007). Psychological First Aid. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(1), 17–49.

48. Hobfoll, S. E. (1991). Traumatic stress: A theory based on rapid loss of resources. *Anxiety Research*, 4(3), 187–197.
<https://doi.org/10.1080/08917779108248773>
49. Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Vernberg, E., & Watson, P. (2006). *Psychological First Aid: Field Operations Guide* (2nd ed.). National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD.
50. International Civil Aviation Organization. (2013). ICAO policy on assistance to aircraft accident victims and their families (Doc 9998).
https://www.icao.int/sites/default/files/sp-files/Meetings/a38/Documents/DOC9998_en.pdf
51. NHS England. (2022; page updated 2026). Patient Safety Incident Response Framework.
<https://www.england.nhs.uk/publication/patient-safety-incident-response-framework-and-supporting-guidance/>
52. Brymer, M., Taylor, M., Escudero, P., Jacobs, A., Kronenberg, M., Macy, R., Mock, L., Payne, L., Pynoos, R., & Vogel, J. (2012). *Psychological First Aid for Schools: Field Operations Guide* (2nd ed.). National Child Traumatic Stress Network.
<https://www.nctsn.org/resources/psychological-first-aid-schools-pfa-s-field-operations-guide>
53. Cabinet Office. (2013). Emergency response and recovery. <https://www.gov.uk/guidance/emergency-response-and-recovery>
54. Joint Emergency Services Interoperability Principles. (2024). Joint doctrine: The interoperability framework (Version 3.1).
https://www.jesip.org.uk/wp-content/uploads/2022/03/JESIP-Joint-Doctrine-Update-April-2024_Print.pdf
55. International Air Transport Association. (n.d.). Blake Emergency Services. IATA Partners Directory.
<https://www.iata.org/en/about/sp/partners-directory/blake-emergency-services/998/>
56. College of Policing. (2013; updated 2025). Disaster victim identification: DVI roles and responsibilities.
<https://www.college.police.uk/app/civil-emergencies/disaster-victim-identification/dvi-roles-and-responsibilities>
57. NHS England. (2022). Engaging and involving patients, families and staff following a patient safety incident. <https://www.england.nhs.uk/patient-safety/patient-safety-insight/incident-response-framework/engaging-and-involving-patients-families-and-staff-following-a-patient-safety-incident/>
58. North Tees and Hartlepool NHS Foundation Trust. (n.d.; reviewed 2026). Your Family Liaison Officer.
<https://www.nth.nhs.uk/resources/your-family-liaison-officer-flo/>
59. Inter-Agency Standing Committee. (2007). IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings.
60. Berkowitz, S., Bryant, R., Brymer, M., Hamblen, J., Jacobs, A., Layne, C., et al. (2010). *Skills for Psychological Recovery: Field Operations Guide*. National Center for PTSD and National Child Traumatic Stress Network.
61. Zatzick, D., Jurkovich, G., Rivara, F. P., Russo, J., Wagner, A., Wang, J., et al. (2013). A randomized stepped care intervention trial targeting PTSD for surgically hospitalized injury survivors. *Annals of Surgery*, 257(3), 390–399.
<https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31826bc313>
62. Cook, J. M., Newman, E., & The New Haven Trauma Competency Group. (2014). A consensus statement on trauma mental health: The New Haven Competency Conference process and major findings. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(4), 300–307.
<https://doi.org/10.1037/a0036747>
63. Finch, J., Ford, C., Lombardo, C., & Meiser-Stedman, R. (2020). A survey of evidence-based practice, training, supervision and clinician confidence relating to post-traumatic stress disorder (PTSD) therapies in UK child and adolescent mental health professionals. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1815281.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1815281>
64. Complex Trauma Institute. (2025). *CTI Crisis & Trauma Stabilisation Handbook* [Internal clinical handbook].
65. Richardson, R., Dale, H. E., Robertson, L., Meader, N., Wellby, G., McMillan, D., & Churchill, R. (2023). Mental Health First Aid as a tool for improving mental health and well-being. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD013127.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013127.pub2>
66. Morgan, A. J., Ross, A., & Reavley, N. J. (2018). Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma and helping behaviour. *PLOS ONE*, 13(5), e0197102.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197102>
67. Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P. B., & Harvey, S. B. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: A systematic meta-review. *Psychological Medicine*, 46(4), 683–697.
<https://doi.org/10.1017/S0033291715002408>
68. Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P. A., et al. (2018). Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: An update of the evidence and messages for practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28, 1–15.
<https://doi.org/10.1007/s10926-016-9690-x>
69. van Vilsteren, M., van Oostrom, S. H., de Vet, H. C. W., Franche, R. L., Boot, C. R. L., & Anema, J. R. (2015). Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD006955.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006955.pub3>
70. Health and Safety Executive. (2025). Working days lost in Great Britain, 2024/25.
<https://www.hse.gov.uk/statistics/dayslost.htm>
71. Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Félix Alcan.

72. Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101(2), 141–148.
<https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>
73. Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books.
74. Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., & Bisson, J. I. (2009). Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 293–301.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040590>
75. Gartlehner, G., Forneris, C. A., Brownley, K. A., Gaynes, B. N., Sonis, J., Coker-Schwimmer, E., Jonas, D. E., Greenblatt, A., Wilkins, T. M., Woodell, C. L., & Lohr, K. N. (2013). Interventions for the prevention of posttraumatic stress disorder in adults after exposure to psychological trauma. Agency for Healthcare Research and Quality, Comparative Effectiveness Review No. 109.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK133344/>
76. Rose, S. C., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000560.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000560>
77. van Emmerik, A. A. P., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., & Emmelkamp, P. M. G. (2002). Single-session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *The Lancet*, 360(9335), 766–771.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09897-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09897-5)
78. Salmon, T. W. (1917). The care and treatment of mental diseases and war neuroses (shell shock) in the British Army. *Mental Hygiene*, 1, 509–547.
<https://archive.org/details/caretreatmentofm00salmrich>
79. Jones, E., Thomas, A., & Ironside, S. (2007). Shell shock: An outcome study of a First World War PIE unit. *Psychological Medicine*, 37(2), 215–223.
<https://doi.org/10.1017/S0033291706009329>
80. Health and Care Professions Council. (2023). Understanding the regulation of psychologists.
<https://www.hcpc-uk.org/news-and-events/blog/2023/understanding-the-regulation-of-psychologists/>
81. Professional Standards Authority for Health and Social Care. (2026). Standards for Regulators and Accredited Registers.
<https://www.professionalstandards.org.uk/publications/standards-regulators-and-accredited-registers-2026>
82. Central and North West London NHS Foundation Trust. (n.d.). Woodfield Trauma Service.
<https://www.cnwl.nhs.uk/services/mental-health-services/adult-and-older-adult/woodfield-trauma-service>
83. NHS Education for Scotland. (n.d.). Trauma enhanced: Safety and Stabilisation.
<https://learn.nes.nhs.scot/37900>
84. Traumatic Stress Wales. (n.d.). Safety and Stabilisation Training.
<https://traumaticstress.nhs.wales/research-and-improvement/safety-and-stabilisation-training/>
85. Rotherham Abuse Counselling Service. (n.d.). Trauma Stabilisation Service.
<https://www.rothacs.org.uk/rothacs-services/>
86. Greater Manchester Resilience Hub. (n.d.). Critical Incident and Trauma Service. Pennine Care NHS Foundation Trust.
<https://www.penninecare.nhs.uk/gmrh-staff>
87. HealthHero. (n.d.). Trauma and Critical Incident Support.
<https://www.healthhero.com/uk/services/trauma-and-critical-incident-support>
88. PAM Wellness. (n.d.). Trauma & Critical Incident Support.
<https://pamwellbeing.co.uk/core-services/trauma-critical-incident-support/>
89. Dare, H., Kitchiner, N. J., & O'Connor, G. (2025). Effectiveness of the Rewind technique in treatment-seeking military veterans presenting with post-traumatic stress disorder in an NHS setting. *BMJ Military Health*. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1136/military-2025-002999>
90. NHS England. (2025). Performance report 2024/25.
<https://www.england.nhs.uk/long-read/performance-report-24-25/>
91. Care Quality Commission. (2026). Monitoring the Mental Health Act in 2024/25.
<https://www.cqc.org.uk/publications/monitoring-mental-health-act/2024-2025>
92. British Association for Counselling and Psychotherapy. (n.d.). BACP Register: Guide to supervision.
<https://www.bacp.co.uk/membership/registered-membership/guide-to-supervision/>
93. Billings, J., Wong, N. Z. Y., Nicholls, H., Burton, P., Zosmer, M., Albert, I., Grey, N., El-Leithy, S., Murphy, D., Tehrani, N., Wheatley, J., Bloomfield, M. A. P., & Greene, T. (2023). Post-incident psychosocial interventions after a traumatic incident in the workplace: A systematic review of current research evidence and clinical guidance. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2), 2281751.
<https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2281751>
94. NHS England. (2026). Guidance on NHS registration requirements for use of psychological professions titles.
<https://www.england.nhs.uk/publication/guidance-on-nhs-registration-requirements-for-use-of-psychological-professions-titles/>
95. Karpuk, D., & Dawson, C. (2025). The crisis stabilisation and return response (CS-Return): Historical antecedents and an integrative framework. *Perspectives on Complex Trauma*, 6(1).

Щодо запитань про цей аналітичний документ або роботу
Crisis & Trauma Recovery Group (CTRG), будь
ласка, зв'яжіться з нами через вебсайт CTRG.