

Ушакова І.М., к.психол.н., доцент, доцент кафедри психології діяльності в особливих умовах Національного університету цивільного захисту України (м. Харків)

ushakova@nuczu.edu.ua

ПРОЯВИ ГОСТРИХ СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ ТА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПРАЦІВНИКІВ ДСНС, ЯКІ ВИКОНУВАЛИ СВОЇ ПРОФЕСІЙНІ ОБОВ'ЯЗКИ НА СХОДІ УКРАЇНИ

Ушакова І. М.

ПРОЯВИ ГОСТРИХ СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ ТА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПРАЦІВНИКІВ ДСНС, ЯКІ ВИКОНУВАЛИ СВОЇ ПРОФЕСІЙНІ ОБОВ'ЯЗКИ НА СХОДІ УКРАЇНИ

Анотація. Сучасна ситуація в нашій країні характеризується складністю і непередбачуваністю, що провокує величезну кількість гострих стресових реакцій та посттравматичних стресових розладів у різних категорій населення, в тому числі і у фахівців Державної служби з надзвичайних ситуацій України, для яких робота у зоні бойових дій пов'язана з посиленням екстремальності звичних професійних обов'язків.

У статті дано визначення травматичному стресу та названі характеристики травми, здатної його викликати. Показано, що посттравматичні зміни, які відбуваються в психіці, не є миттєвими. Часто вони виникають через деякий час у формі відстрочених реакцій, які отримали назву посттравматичних стресових розладів.

Аналіз показників ПТСР і ГСР у працівників ДСНС, які працюють на Сході України, за опитувальником травматичного стресу показав, що клінічно виражені показники ПТСР не виявлені ні в одній з досліджуваних груп. Це можна пояснити психологічною підготовкою працівників ДСНС до дій в надзвичайних ситуаціях, що дозволяє зменшити ризики вигорання та психологічної травматизації. А от прояви гострих стресових реакцій у досліджуваних другої групи знаходяться на достатньо високому рівні, що ми пов'язуємо саме з перебуванням працівників ДСНС в зоні проведення АТО та роботою на прифронтових територіях.

Ушакова И. М.

ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРЫХ СТРЕССОВЫХ РЕАКЦИЙ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У РАБОТНИКОВ ГСЧС, ВЫПОЛНЯВШИХ СВОИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ НА ВОСТОКЕ УКРАИНЫ

Аннотация. Современная ситуация в нашей стране характеризуется сложностью и непредсказуемостью, что провоцирует огромное количество острых стрессовых реакций и посттравматических стрессовых расстройств у разных категории населения, в том числе и у специалистов Государственной службы по чрезвычайным ситуациям Украины, для которых работа в зоне боевых действий связана с усилением экстремальности обычных профессиональных обязанностей.

В статье дано определение травматического стресса и названы характеристики травмы, способной его вызвать. Показано, что посттравматические изменения, которые происходят в психике, не являются мгновенными. Часто они возникают через некоторое

время в форме отсроченных реакций, которые получили название посттравматических стрессовых расстройств.

Анализ ПТСР и ОСР у работников ДСЧС, работающих на Востоке Украины, на основе опросника травматического стресса показал, что клинически выраженные показатели ПТСР не обнаружены ни в одной из исследуемых групп. Это можно объяснить психологической подготовкой работников ГСЧС к действиям в чрезвычайных ситуациях, что позволяет уменьшить риски выгорания и психологической травматизации. А вот проявления острых стрессовых реакций у испытуемых второй группы находятся на достаточно высоком уровне, что мы связываем именно с пребыванием работников ДСЧС в зоне проведения АТО и работой на прифронтовых территориях.

Ushakova Iryna

ACUTE STRESS REACTIONS AND POSTTRAUMATIC DISORDERS THAT NESS WORKERS MANIFEST DURING PERFORMANCE OF THEIR PROFESSIONAL DUTIES IN THE EAST OF UKRAINE

Annotation. The current situation in our country is characterized by complexity and unpredictability. It provokes a huge number of acute stress reactions and posttraumatic stress disorder among different social groups including specialists of the National Emergency Situations Service of Ukraine. For them, work in the area of combat operations is associated with an increase of the extremity of the usual professional duties.

The article defines traumatic stress and names the characteristics of an injury that can cause it. It is shown that posttraumatic changes occurring in the psyche are not instantaneous. Often, they occur after some time as delayed reactions which are called posttraumatic stress disorder.

The analysis of the PTSD and ASR indexes among the NESS staff who work in the East of Ukraine, based on the questionnaire of traumatic stress, showed that clinically expressed indicators of PTSD were not found in any of the studied groups. This can be explained by the psychological preparation of the NESS workers for actions in emergency situations that reduces the risks of burnout and psychological traumatism. However, the manifestations of acute stress reactions in the second group are at a rather high level. We associate this with the presence of the NESS staff in the ATO zone and work on the frontline territories.

Україна вже чотири роки знаходиться в особливому стані. Збройний конфлікт, порушення цілісності країни, політичні та соціально-економічні катаклізми, численні втрати (як фізичні, матеріальні, так і психологічні) призвели до того, що величезна кількість людей відчуває тривогу, занепокоєння, роздратування, пригніченість, розгубленість тощо. При цьому дезадаптованість проявляють не лише учасники бойових дій, полонені та поранені, а й члени їх сімей (батьки, дружини і діти), особи, які постійно проживають на лінії зіткнення та у прифронтових населених пунктах, вимушені переселенці і ті, хто має на Донбасі родичів та друзів, військові медики і волонтери.

До цього переліку слід обов'язково додати і спеціалістів, які виконують на Сході країни свої професійні обов'язки. Це і медики, які надають допомогу населенню в сірій зоні та на прифронтових територіях, і поліціанти, які працюють в цих районах, і спеціалісти обленерго та газових господарств, які ремонтують пошкодження на електромережах та газопроводах, і працівники Державної служби з надзвичайних ситуацій України різних професійних спрямувань (пожежні, вибухотехніки, фахівці гірничо-рятувальних загонів, водолази, кінологи, психологи тощо).

Кожен з них має свої професійні обов'язки, які, як вже давно визнано науковцями, реалізуються в особливих та екстремальних умовах. У цьому ж випадку ми маємо справу з мультиплікацією екстремальності, оскільки на «звичні» специфічні умови професійної діяльності, які проявляються в складності оперативної обстановки, проблемах соціальної сфери, різких змінах умов, що пов'язано з невизначеністю чи швидкою зміною ситуації, психофізичних перевантаженнях, підвищеній відповідальності за свої дії, відсутності повноцінного відпочинку, ненадійності технічних засобів захисту тощо «накладаються» екстремальні умови бойової обстановки (постійні обстріли або їх тривожне очікування, невизначеність як найближчого, так і віддаленого майбутнього і в соціальному, і в особистісному планах, збільшення вірогідності втрат та пов'язані з цим страх, перманентна тривога, фрустрація тощо[11]).

Всі переховані фактори викликають стресові реакції, а оскільки їх дія є тривалою, повторюваною і сильною, вони очікувано призводять до виникнення у індивіда порушень різного роду. Стрес стає травматичним, коли результатом дії стресора є порушення в психічній сфері, яке відбувається за аналогією з фізичними порушеннями. У цьому випадку, згідно з існуючими концепціями, порушується структура «самості», когнітивна модель світу, афективна сфера, неврологічні механізми тощо [9, 10].

Отже, травматичний стрес – це переживання особливого роду, результат взаємодії людини і навколишнього світу. Це нормальна реакція на ненормальні обставини, стан, що виникає у людини, яка пережила щось, що виходить за рамки звичайного людського досвіду. Ряд явищ, що викликають травматичні стресові порушення, досить широкий і охоплює безліч ситуацій, коли виникає загроза власному життю або життю близької людини, загроза фізичному здоров'ю або «образу Я».

Вченими (О. А. Блінов, Н. Є. Водопьянова, М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк, Н. В. Тарабріна, В. В. Ягупов та інші) виділені наступні чотири характеристики травми, здатної викликати травматичний стрес:

- 1) подія, що сталася, усвідомлюється, тобто людина знає, що з нею сталося, і через що у неї погіршився психологічний стан;
- 2) цей стан обумовлений зовнішніми причинами;
- 3) пережите руйнує звичний спосіб життя;
- 4) подія, що сталася, викликає жах і відчуття безпорадності, безсилля що-небудь зробити або не зробити [1, 2, 4, 8, 12].

Відстрочені реакції на сильну стресову ситуацію - комплекси змін в емоційній та психічній сфері, зміни в поведінці, що виникають після отримання психічної травми. Відповідно, психічна травма – наслідок травматичного стресового впливу; передбачає крайній (екстремальний) ступінь стресогенності фактора, який руйнує систему індивідуальних особистісних захистів, що, призводить до глибоких порушень (від психологічних до біологічних) цілісної системи функціонування практично будь-якої людини. При цьому зміни не є миттєвими, часто вони виникають через деякий час у формі відстрочених реакцій – реакцій, що відбуваються не в момент сильного стресу, а після нього, коли фізично він вже минув, але психологічно для людини ще не закінчений. Ці реакції виникають на тлі загального благополуччя навіть через тривалий час після події [1, 3].

Психічна травма – «душевна рана», що «болить», турбує, викликає дискомфорт, погіршує якість життя, приносить страждання людині і оточуючим її близьким людям. Як і будь-яка рана, психічна травма може бути різного ступеня прояву, і, відповідно, «лікування» буде різним. Іноді рана поступово затягується сама по собі і «хворе місце» «гоїться» природним шляхом. Існує певна послідовність етапів переживання, що приводить психіку до відновлення. У цих випадках відбувається усвідомлення, осмислення, прийняття людиною того, що сталося, не як травматичного, а як життєвого досвіду, як частини своєї біографії. Але частіше, на жаль, факт переживання травматичного стресу стає причиною появи у людей гострого стресового розладу, а в майбутньому – посттравматичного стресового розладу.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР - Posttraumatic Stress Disorder) – це неспокійна відстрочена реакція на травматичний стрес, здатна викликати психічні порушення. Це важкий психологічний стан, що є наслідком надекстремального негативного впливу на психіку людини.

На сьогоднішній день кількість людей, які страждають проявами ПТСР, настільки велика, що фахівцями було розроблено окремий науковий напрям – психологія посттравматичного стресу (психотравматологія), метою якого є вивчення всіх аспектів даного феномена і всебічна допомога жертвам психічної травми.

До симптомів посттравматичного стресу відносять:

1. Спогади про пережите, що постійно повертаються (так звані флешбеки - flashback). Як правило, вони супроводжуються сильним відчуттям тривоги і страху. Повертатися спогади можуть як в реальності, так і уві сні, у вигляді повторюваних нічних кошмарів. Можливо навіть повернення переживань в галюцинаторній формі, коли події, що відбуваються в сьогоденні, здаються менш реальними, ніж спогади про минулі події. Часто подібний стан провокує прийом алкоголю або наркотиків.

2. Прагнення уникнути всього, що може нагадати про подію, що травмувала: місць, розмов, людей, занять, будь-яких відчуттів, які можуть бути хоч найменшим чином пов'язані з травмою.

3. Втрата інтересу, до того, що раніше суб'єкту подобалося, здавалося необхідним; він перестає займатися повсякденними справами, віддаляється від людей.

4. Емоційне притуплення - втрата людиною здатності заводити близькі стосунки з іншими людьми (дружні, любовні та інші), а також обмеження здатності до інших емоційних проявів.

5. Стан підвищеної пильності (надпильність) - потерпілий ретельно придивляється до того, що відбувається навколо нього, чекаючи небезпеки з усіх боків.

6. Різка реакція на уявну небезпеку (наприклад, людина може падати на землю при звуці літака тощо).

7. Підвищення агресивності - людина не чекає від оточуючих нічого хорошого, тому схильна вирішувати свої проблеми за допомогою фізичної та психічної агресії, поява невмотивованих спалахів люті.

8. Порушення здатності до запам'ятовування і концентрації уваги.

9. Депресивні стани, які доходять навіть до прагнення до суїциду як до єдиного способу змінити ситуацію.

10. Поява почуття тривожності, страху, неспокою, зайвої заклопотаності.

11. Схильність до зловживання різними наркотичними речовинами або алкогольними напоями.

12. Порушення сну - поява безсоння, людині важко заснути, її сон стає переривчастим і поверхневим.

13. Комплекс провини – ті, хто вижив після трагічних ситуацій починають відчувати почуття провини перед загиблими в них.

Без належного лікування затяжний (стійкий) посттравматичний стрес може привести до розвитку тривалого посттравматичного стресового

розладу, вкорочення життєвої перспективи, спроб суїциду [5 - 7].

Важливо, що клінічні симптоми залежать від типу особистості.

Тривожний тип характеризується:

- почуттям невмотивованої тривоги;
- частою зміною настрою;
- порушеннями сну - кошмарами, безсонням.

У астеничного типу ПТСР появляється через:

- фізичну слабкість;
- апатичний стан;
- байдужість до життя;
- пригніченість;
- порушення сну - сонливість, тривожна дрімоту.

Дистрофічний тип характеризується наступними симптомами:

- дратівливість;
- похмуро-агресивна поведінка.

Соматоформний тип супроводжується:

- хворобливими відчуттями в області внутрішніх органів;
- почуттям приреченості;
- зниженням концентрації уваги;
- відкиданням допомоги.

Фанатичний тип характеризується:

- розладом адаптації до нових умов життя;
- відчуженістю;
- жорстокістю;
- замкнутістю;
- зміною особистості.

Гостра реакція на стрес, яка спочатку розглядалася у рамках розвитку ПТСР, потім була виділена в самостійний діагноз під рубрикою тривожних розладів. Зазвичай людина, що зустрілася з гострою

травмуючою ситуацією, на якийсь час втрачає здатність функціонувати: вона демонструє або занурення в себе, або сильне збудження, погано розуміє те, що відбувається, втрачає орієнтацію, переживає патологічний страх, проявляє занепокоєння і очевидні ознаки гіперактивності. Нерідко її поведінка ставить під загрозу її власну безпеку або безпеку її підрозділу. Подібна поведінка дістала назву бойової стресової реакції. Вважається, що такі реакції можуть розвиватися у відповідь на травми, що викликають ПТСР.

У DSM – IV бойова стресова реакція, що виступає там під назвою гострої реакції на стрес, діагностується на основі набору симптомів, які описані в літературі, присвяченій гострим реакціям на травму. Тому не дивно, що гостра реакція на стрес, може виступати в різних формах, оскільки спирається на досі ще не цілком певні критерії. Зв'язок, який прямо встановлює DSM – IV між гострою реакцією на стрес і ПТСР, ілюструється, по-перше, загальним для обох розладів визначенням стресора. Крім того, при гострому розладі тривалістю від не менше двох днів – але не більше чотирьох тижнів впродовж місяця після травми мають бути присутніми деякі типові для ПТСР симптоми, такі як: повторне переживання травматичної події, уникнення стимулів, що мають якийсь зв'язок з травмою, підвищена психологічна збудливість і порушення звичайного функціонування особистості. Отже, впродовж першого місяця після травми гострий стресовий розлад може нічим не відрізнятися від ПТСР, який проявлятиметься через місяць після неї. Виняток складає критерій Б, який припускає, що під час травми або відразу після неї у пацієнта спостерігаються яскраві дисоціативні симптоми. Саме ця реакція деперсоналізації, стан відчуження від навколишніх умов або амнезія і відрізняє гостру реакцію на травму від стану, який спостерігається пізніше при ПТСР.

Як відмічається в психологічній літературі (К. В. Сельченко, Н. В. Тарабріна), найчастіше до посттравматичних психічних порушень схильні:

- жертви сексуального і фізичного насильства;
- люди, які перенесли несподівану втрату (смерть) близької людини;
- військовослужбовці, які брали участь в бойових діях (ветерани війни);
- біженці, переселенці, мігранти;
- жертви техногенних, антропогенних катастроф і природних стихійних лих;
- хворі з загрозливим життя діагнозом;
- люди, які пережили терористичну загрозу;
- люди, які мають небезпечні професії (поліцейські, пожежні, рятувальники, ліквідатори) тощо [7, 8, 10].

Отже, вірогідність розвитку ГСР та ПТСР збільшується під впливом багатьох факторів, в тому числі і під впливом несприятливих факторів професійної діяльності працівників ДСНС. З'ясувати, яким чином поєднання несприятливих факторів професійної діяльності та екстремальних умов проходження служби в зоні збройного конфлікту відображається в психіці працівників ДСНС України, що працюють на Сході країни – завдання даного дослідження.

Дослідження проводилось в Навчальному центрі ОРС ЦЗ ДСНС України під час ротації працівників ДСНС, які несуть службу у зоні збройного конфлікту. Первинну вибірку склали 46 працівників ДСНС різних спеціалізацій (рятувальники, вибухотехніки, кінологи та ін.): працівники ДСНС, які проходили підготовку до відправки в зону АТО та наближених до неї територій (1 група) та особи, які вже повернулись звідти (2 група). Для визначення їх психологічних особливостей було використано опитувальник травматичного стресу (І. О. Котенев), який призначений для оцінки вираженості симптомів постстресових порушень у

досліджуваних на основі критеріїв, що містяться в DSM-IV. За допомогою даної методики оцінювалася вираженість значень субшкал і підсумкових показників ПТСР і ГСР. Результати представлені в табл. 1.

Таблиця 1.

Вираженість симптомів постстресових порушень у досліджуваних (Т-бали)

Субшкали		1 група (M±m)	2 група (M±m)	t	p≤
L (брехня)		30,08±1,13	31,20±1,04	1,01	-
Ag (аггравация)		39,76±1,10	40,52±1,65	1,22	-
Di (дисимуляція)		49,28±2,10	49,22±1,85	0,04	-
ПТСР	A (подія травми)	47,34±1,20	60,06±1,32	2,86	0,01
	B (повторне переживання травми)	49,34±2,0	53,75±1,70	2,01	0,05
	C (симптоми "уникнення")	51,31±2,62	52,94±1,81	1,36	-
	D (симптоми "гіперактивації")	51,63±2,73	60,25±1,61	2,77	0,01
	F (дистрес і дезадаптація)	51,00±1,73	72,38±2,30	4,01	0,001
ГСР	a (подія травми)	47,34±1,20	60,06±1,32	2,86	0,01
	b (дисоціативні симптоми)	47,94±1,91	58,25 ± 2,06	2,45	0,05
	c (повторне переживання травми)	54,81±1,30	64,00±1,45	2,81	0,01
	d (симптоми "уникнення")	50,91±2,42	54,63±1,90	1,24	-
	e (симптоми "гіперактивації")	40,47±0,80	61,81±0,73	4,67	0,001
	f (дистрес і дезадаптація)	51,69±2,32	69,81±1,43	3,52	0,001

depr (депресія)	48,19±2,11	46,13±1,54	0,03	-
ПТСР	50,13±2,20	59,87±1,86	2,43	0,05
ГСР	48,86±1,61 3	61,43±1,32	2,89	0,01

Аналіз значень опитувальника, що відносяться до ПТСР, виявив наступне. За шкалою А, що вказує на переживання події психічної травми, у працівників 1 і 2 груп на момент обстеження окремі симптоми були виявлені: в 1 групі - у кожного четвертого (24 %), а в другій - у кожного другого (52 %) обстеженого. Ці показники є закономірними, адже представники другої групи знаходились під впливом надекстремальних умов несення служби.

Окремі симптоми повторного переживання травми у досліджуваних були виявлені приблизно в третині випадків (33 % і 38 %, відповідно). При цьому повторне переживання події травми не було тісно пов'язане з фактором події травми. Так, одночасна присутність окремих симптомів травми і повторного переживання травми в першій групі було виявлено лише у кожного десятого (9 %), а в 2 групі - у кожного четвертого (39 %) обстеженого.

Доволі високі показники отримані в обох групах за фактором «уникнення». Це означає, що майже всі працівники ДСНС, які прийняли участь у дослідженні, не намагаються уникати розмов, що нагадують про перенесену психічну травму. При цьому середні значення свідчать про можливість прояву окремих симптомів постстресових станів, причому незначно виражених. Вони майже не відрізняються у виділених групах, що пов'язано з тим, що для працівників ДСНС «звичними» є екстремальні умови професійної діяльності.

Порівняльний аналіз значень за шкалою D (симптоми гіперактивації) показав, що працівники ДСНС, які повернулись із зони АТО значно частіше виявляють дратівливість, запальність, а іноді і неадекватну

вербальну і фізичну агресію; частіше стають учасниками різних ексцесів, що ми пов'язуємо з психічною травмою, яку вони переживають.

За шкалою F (дистрес і дезадаптація) в першій досліджуваній групі спостерігався середній рівень вираженості показників, а у представників 2 групи виявлений високий рівень цих показників. Це свідчить про соціальну дезадаптацію і значні прояви дистресу у працівників ДСНС, які повернулись з зони АТО. Стан соціальної дезадаптації у представників даної групи супроводжується дратівливістю, втомою, млявістю і таке інше.

Отже, аналіз значень шкал опитувальника показав, що на момент обстеження у досліджуваних обох груп були виявлені окремі симптоми ПТСР: в 1 групі - у 31 % працівників, а в 2 - у всіх обстежених. Незалежно від перебування в зоні надзвичайних подій співробітники обох груп гостро переживали весь трагізм наслідків збройного конфлікту в країні. Зі збільшенням тривалості перебування в екстремальних умовах у співробітників підвищується ризик появи психоемоційних порушень.

Значні відмінності між показниками, отриманими в досліджуваних групах були виявлені також за шкалою b (дисоціативні симптоми), що свідчить про їх соціальну значимість у формуванні ПТСР і ГСР. Показники даної шкали як можуть виступати критерієм, що свідчить про стан обстеженого, що пережив психічну травму, так і визначають вибір моделі подальшої корекції психічного стану. При дисоціативних станах спостерігаються переживання травматичної ситуації, напади тривоги, рудиментарні ілюзії і галюцинації, транзиторні зниження пам'яті, порушення зосередження і контролю спонукань. До подібних станів відносять суб'єктивне відчуття емоційної залежності, «притуплення» або відсутності емоційного реагування; звуження свідомості, уявлень про навколишній світ («сплутаність»); дереалізація; деперсоналізація; дисоціативна амнезія (нездатність згадати який-небудь важливий аспект психотравмуючої події). Дисоціація, як і заперечення, відстороненість може бути спробою створення працівниками ДСНС психологічного

захисту від нестерпних переживань. У свою чергу, подібні примітивні механізми захисту істотно збіднюють їх когнітивну сферу, що проявляється в жорсткому взаємозв'язку особистісних смислів. Суб'єкт, який має таку систему конструктів, виділяє дуже мало властивостей, ознак, якостей в предметах, людях і явищах навколишнього світу. Його уявлення ніби злиті між собою і часто зводяться до одного оціночного конструкту «ми – вони», який неминуче викликає образи «свій - чужий (ворог)», все те, що пов'язано зі стереотипізацією і деформацією сприйняття, когнітивним дисонансом, наслідком переживання почуття страху, зради, непоправності людських втрат. Звідси, створюється враження в суспільстві про те, що негативні прояви асоціальної поведінки ветеранів воєн і збройних конфліктів є своєрідною помстою суспільству за його байдужість, неприйняття і відторгнення.

Дисоціативні симптоми свідчать про певну інтелектуальну регресію досліджуваних, а також про обмеженість системи мотивів і вказують на егоцентричну спрямованість, яка виявляється в самовідношенні, переоцінці хорошого і недооцінці поганого тощо.

Поява дисоціативної симптоматики пов'язана з тим, що організм «створює» навколишнє середовище в залежності від своїх потреб і очікувань. В екстремальних ситуаціях людина існує ніби на двох взаємовиключних рівнях. З одного боку, вона повинна бути частиною об'єктивного світу, в якому її Я змушене пристосовуватися до зовнішньої реальності. Це рівень екстравертованої свідомості, перцептивних функцій і прийняття рішень. З іншого боку, вона занурюється в суб'єктивний світ змінених станів свідомості, з якого виключений будь-який зв'язок із зовнішньою дійсністю. Виходячи з того, що життя працівників ДСНС було перевантажене негативною інформацією загрозливого характеру, яку вони отримували в дуже великому обсязі за невеликий проміжок часу, це призводило до того, що інформація не отримувала належного осмислення, тому що інформація про події, що відбуваються, переходила зі свідомого

рівня в несвідомий, не отримавши достатньої обробки. Виявлений процес стимулює зростання негативних емоційних переживань. Згодом це може викликати зниження здатності згадувати важливі аспекти травми (психогенна амнезія), повторювані і нав'язливі відтворення негативних відчуттів, пов'язаних з минулими подіями, неусвідомлювані спалахи агресії.

Повторне переживання травми як показник ГСР виявлено у кожного третього співробітника ДСНС 1-ї групи і у двох третин другої. Представники 2-ї групи мали достовірно вищі показники за даною шкалою, що пояснюється більш тривалим їх перебуванням в умовах стресогенної ситуації.

Значна різниця виявлена також за показниками e (симптоми гіперактивації) та f (дистрес і дезадаптація). Це означає, що працівники ДСНС, які працювали в зоні АТО, демонструють значно більшу активність, агресивність, а також ознаки дезадаптації та дистресу.

В цілому, аналіз показників ПТСР і ГСР за опитувальником травматичного стресу показав, що клінічно виражені показники ПТСР не виявлені ні в одній з досліджуваних груп. Це можна пояснити психологічною підготовкою працівників ДСНС до дій в надзвичайних ситуаціях, що дозволяє все ж зменшити ризики вигорання та психологічної травматизації. Можливо також, що оскільки ми проводили дослідження після недовгого періоду часу після травми, ознаки ПТСР ще не встигли сформуватись. А от прояви гострих стресових реакцій (ГСР) у досліджуваних другої групи знаходяться на достатньо високому рівні, що ми пов'язуємо саме з перебуванням працівників ДСНС в зоні проведення АТО та роботою на прифронтових територіях.

Отже, «накладення» негативних наслідків бойової психічної травми, яка виникає внаслідок несення служби у зоні бойових дій та на прифронтових територіях на стрес-фактори повсякденного несення служби рятувальниками приводить до виникнення у них гострих стресових реакцій

та посттравматичних стресових розладів. Це проявляється в чотирьох основних симптомокомплексах: повторних переживаннях травматичної події (що проявляється також і в підвищенні тривожності); негативних думках і настроях; гіперзбудженні (гіперактивації, гіпермобілізації) і уникненні травмуючих переживань і почуттів. Такі посттравматичні реакції виводять людину з ладу, позбавляють її можливості продуктивного спілкування з іншими людьми, порушують соціальну, професійну або іншу значущу діяльність і роблять працівників ДСНС цільовою групою для проведення заходів психологічної реабілітації, на чому і буде зосереджена наша подальша робота.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Блінов О. А. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час. К.: НАОУ, 2006. 80 с.
2. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. 336 с.
3. Карояни А. Г, Сыромятников И. В. Прикладная военная психология. СПб.:Питер, 2006. 480 с. Режим доступу: <http://www.klex.ru/fcm> (дата звернення 27.11.2017)
4. Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. К.: Ніка-Центр, 2009. 580 с.
5. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. М.: Изд-во Эксмо, 2005. 960 с. Режим доступу: (<http://ibib.ltd.ua/psihologicheskaya-pomosch-krizisnyih.html>) (дата звернення 25.11.2017)
6. Осипова А. А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. Ростов н/Д: Феникс, 2006. 315 с.
7. Проблемы военной психологии. Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко Мн.: Харвест, 2003. 640 с.

8. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
9. Титаренко Т. М. Напрями психологічної реабілітації особистості, що переживає події війни. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: зб. статей. К.: Інститут соціальної та політичної психології НАПН України; Представництво Польської академії наук у м. Києві; Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр, 2015. С. 3-12.
10. Травма, робота, суспільство (електр. рес.). Режим доступу: <http://traumatherapy.com.ua/content/travma-rabota-i-obshchestvoi>
11. Ушакова І. М., Чернова О.В. Проблема психологічної реабілітації працівників ДСНСУ, які виконували свої професійні обов'язки в зоні збройного конфлікту. Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць. 2016. Вип. 19. Режим доступу: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/handle/123456789/226> (дата звернення - 24.09.2017).
12. Ягупов В. В. Військова психологія. Підручник. Київ : Тандем, 2004. 656 с.

АВТОРСЬКА ДОВІДКА

ПІБ Ушакова Ірина Михайлівна

Науковий ступінь к.психол.н.

Учене звання доцент

Місце роботи Національний університет цивільного захисту

України (м. Харків); кафедра психології діяльності в особливих умовах

Контактний телефон +8(050)-651-74-32

Адреса пров. Фанінський, 3В/32, м.Харків, 61166

E-mail ushakova@nuczu.edu.ua