

**ІНСТИТУТ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ТА НАУКОВИХ
ДОСЛІДЖЕНЬ З ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ**

**ПЛАН-КОНСПЕКТ
проведення заняття із психологічної підготовки
особовим складом Інституту державного управління
та наукових досліджень з цивільного захисту**

Тема: «Психологічний захист населення у разі загрози та виникнення надзвичайних ситуацій. Надання першої психологічної допомоги. Особливості взаємодії з людьми з інвалідністю, зокрема з порушеннями зору, слуху, опорно-рухового апарату, з розумовою відсталістю, психічними розладами, та іншими мало мобільними групами населення під час надання їм допомоги у разі виникнення та/або загрози виникнення надзвичайної ситуації (пожежі)»

Лекція: 2 години

Категорія слухачів: особи начальницького складу Інституту

КИЇВ 2021

Тема: «Психологічний захист населення у разі загрози та виникнення надзвичайних ситуацій. Надання першої психологічної допомоги. Особливості взаємодії з людьми з інвалідністю, зокрема з порушеннями зору, слуху, опорно-рухового апарату, з розумовою відсталістю, психічними розладами, та іншими мало мобільними групами населення під час надання їм допомоги у разі виникнення та/або загрози виникнення надзвичайної ситуації (пожежі)».

Навчальна мета: ознайомити осіб начальницького складу з методами спілкування

Час проведення: 2,0 години (90 хв.).

Місце проведення: навчальний клас за розкладом.

Навчально-матеріальне забезпечення: план-конспект.

Порядок проведення заняття:

№ з/п	Навчальні питання	Час, хв.
1.	Організаційні заходи: Перевірка присутніх; оголошення теми і мети заняття.	5
2.	Контроль знань: перевірка засвоєного раніше пройденого матеріалу	5
3.	Викладення матеріалу теми:	70
3.1.	Нормативне підгрунття психологічного захисту населення. Домедична психологічна підтримка; порядок надання; нормативне регулювання.	30
3.2.	Особливості впливу надзвичайних умов на психіку людини. Психічні стани, зумовлені дією стрес-факторів під час надзвичайної ситуації.	20
3.3.	Особливості психологічної травми. Умови набуття та перебігу. Посттравматичні стресові розлади. Профілактика, мінімізація наслідків.	20
4.	Закріплення вивченого матеріалу:	5
5.	Підведення підсумків: вказати на питання, які вимагають підвищеної уваги; оголосити оцінки; відповісти на запитання.	5

Нормативно-правові акти та література:

1. Кодекс цивільного захисту України
2. Наказ МВС України від 31.08.2017 № 747 «Про затвердження Порядку психологічного забезпечення в Державній службі України з надзвичайних ситуацій»

3. Наказ МОЗ від 16.06.2014 № 398 Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах. ПОРЯДОК надання психологічної підтримки постраждалим при надзвичайній ситуації.

1. Нормативне підґрунтя психологічного захисту населення. Домедична психологічна підтримка; порядок надання; нормативне регулювання.

Підвищення інтересу в державі до проблем психологічного захисту населення України на даний час обумовлене високою загальною напруженістю громадян через несприятливий економічний і політичний стан країни. Це збільшує ризик розвитку психологічних проблем окремої особистості, що, в свою чергу сприяє зниженню працездатності населення та підвищенню в нього агресивних тенденцій.

Широко обговорюється необхідність відповідного Закону, який би регулював надання психологічних послуг в межах держави. Якщо це питання виникло в гілках влади – значить існує нагальна необхідність упорядкування даних відносин.

На сьогодні психологічна служба в Україні не є централізованою. Вона представлена окремими структурами, які належать до різних міністерств і відомств, мають різну організацію, функції, нормативне та кадрове забезпечення. Міжвідомча взаємодія між цими службами наразі потребує удосконалення.

Статтею 38 Кодексу цивільного захисту України та пунктом 15 Положення про Державну службу України з надзвичайних ситуацій, організація та здійснення заходів психологічного захисту населення покладаються на центральний орган виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері цивільного захисту.

Чіткого визначення поняття психологічного захисту населення у сфері цивільного захисту на даний час не існує, але в нашій роботі ми будемо розуміти його як сукупність заходів, спрямованих на зменшення та нейтралізацію негативних психічних станів і реакцій серед населення у разі загрози та виникнення надзвичайних ситуацій.

Отже, державним регулюванням психологічного захисту у сфері цивільного захисту можна вважати сукупність заходів, використовуючи які, держава через спеціально уповноважений орган виконавчої влади визначає, упорядковує та контролює діяльність із забезпечення психологічного захисту.

На сьогодні організація та здійснення заходів психологічного захисту населення покладаються на центральний орган виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері цивільного захисту.

Пропоную розглянути нормативно-правове регулювання проведення заходів психологічного захисту населення в системі Державної служби з надзвичайних ситуацій.

Згідно Наказу МВС України від 31.08.2017 № 747 «Про затвердження Порядку психологічного забезпечення в Державній службі України з надзвичайних ситуацій», при надзвичайних ситуаціях державного рівня за рішенням Голови ДСНС або особи, яка виконує його обов'язки, створюється

зведена група екстреної психологічної допомоги для роботи з постраждалими, завданнями групи є:

1) вивчення реального стану психотравмуючих чинників та робота з інформацією, що буде доводитися до населення;

2) профілактика негативних проявів і зняття психоемоційного навантаження на населення та персонал;

3) надання рекомендацій представникам інших психологічних служб щодо подальшої роботи з постраждалим населенням [3].

Наказ МНС України № 148, від 27.02.2008 р. «Про створення позаштатних мобільних груп екстреної психологічної допомоги МНС» передбачає створення позаштатних мобільних груп екстреної психологічної допомоги за територіальним принципом розташування (центральна; східна; західна; південна), та їх оснащення.

Відповідно до розпорядження Кабінету Міністрів України від 11 червня 2014 р. № 588-р «Питання соціального забезпечення громадян України, які переміщуються з тимчасово окупованої території та районів проведення антитерористичної операції» з 2014 року було організоване психологічне супроводження внутрішньо переміщених осіб (у складі Міжвідомчого координаційного штабу та регіональних штабів, на базі транзитних пунктів тощо), але станом на 16.05.2017 року дане розпорядження втратило чинність.

Існує ряд нормативних документів інших міністерств і відомств загальнодержавного значення, але ми користуємось ними лише у випадку, якщо співробітники ДСНС підпадають під категорію, визначену в документі:

1. Постанова КМУ від 27.12.2017 № 1057 «Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності»;

2. Наказ Мінсоцполітики України від 01.06.2018 № 810 «Про затвердження Стандарту психологічної діагностики та форм документів з організації психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності».

Наступний наказ, обов'язковий для виконання співробітниками оперативно-рятувальних підрозділів, які здійснюють ліквідацію наслідків НС та НП:

Наказом МОЗ від 16.06.2014 № 398 затверджено Порядок надання психологічної підтримки постраждалим при надзвичайній ситуації. Цей Порядок визначає механізм надання психологічної підтримки постраждалим при надзвичайній ситуації не медичними працівниками.

Нормативна база є досить сучасною, але координаційна роль центрального органу виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері цивільного захисту в її створенні не відслідковується.

Нормативні документи вказують на те, що на даний час єдина структура, яка повинна координувати роботу щодо зменшення та нейтралізації негативних психічних станів і реакцій серед населення є ДСНС України. Але кількість штатних посад психологів ДСНС недостатня для ефективного забезпечення психологічного захисту населення. Концепція державного управління в сфері психологічного захисту населення держави та міжвідомча взаємодія між психологічними службами різних відомств, в яких працює істотна кількість «державних» психологів могла б вирішити цю проблему.

Ускладнює процес психологічного захисту населення той факт, що на даний час не визначена єдина концепція та алгоритм надання екстреної психологічної допомоги, потребує уточнення формула залучення кількості психологів пропорційно до кількості постраждалого населення, яке опинилось в осередку надзвичайної ситуації (події). Також відсутній механізм залучення волонтерів – психологів.

Не менш важливою проблемою є оцінка психологічних ризиків населення, що перебуває в зоні ООС. Перелік психологічних ризиків дозволить створити концепцію мінімізації негативного впливу подій військового характеру, та розробити заходи щодо зменшення та нейтралізації негативних психічних станів і реакцій серед постраждалого населення.

Карантинні заходи також мають негативний вплив на психічне здоров'я населення.

2. Особливості впливу надзвичайних умов на психіку людини. Психічні стани, зумовлені дією стрес-факторів під час надзвичайної ситуації.

При розгляді питань поведінки людини в умовах надзвичайної ситуації велику увагу потрібно приділяти психології страху. В екстремальних умовах людині постійно доводиться долати небезпеки, загрози життю та здоров'ю, що викликає страх.

Страх - це сигнал тривоги, що викликає відповідні зворотні дії. У відповідь на лякаючий чинник людина реагує трьома способами: «Бий, ховайся, біжи». Реакції в різних ситуаціях є різними, але існують домінуючі типи реагування, тобто звичні способи реакції на стрес, притаманні конкретній людині. Потрібно пам'ятати, що реакція організму на стрес є підсвідомою, обумовленою обмінними процесами, які відбуваються в організмі. Найбільшу небезпеку для людини представляють чинники, які можуть викликати її загибель - це різні фізичні, хімічні, біологічні чинники, високі і низькі температури, іонізуючі (радіоактивні) випромінювання. Усі вони вимагають різних способів захисту людей, тобто індивідуальних і колективних способів захисту, до яких можна віднести: прагнення людини віддалитися за межі дії вражаючих чинників (втекти від небезпеки,

захиститися екраном і т. д.); енергійна атака людиною джерела можливих вражаючих чинників для послаблення їх дії або їх знищення.

Групова поведінка людей у надзвичайних ситуаціях. Під груповою поведінкою людей в НС розуміють поведінку більшості осіб, що входять до групи і виявилися перед лицем раптової і небезпечної події або загрози такої події. Це пов'язано з реальними або потенційними матеріальними втратами, людськими жертвами і характеризується помітною дезорганізацією громадського порядку. Групова поведінка людей пов'язана з однією і тією ж зовнішньою подією і залежить від таких емоційних чинників, які пов'язані з груповим настроєм, а не з індивідуальними властивостями психіки людини. Випадки, що носять негативний, патологічний характер, відрізняються відсутністю адаптації до обстановки, коли люди своєю нераціональною поведінкою і небезпечними для оточення діями збільшують число жертв і дезорганізують громадський порядок.

В цьому випадку може наступити "шокова загальмованість", коли маса людей стає розгубленою і безініціативною. Частим різновидом «шокової загальмованості» є паніка, коли страх перед небезпекою опановує групу людей. Зазвичай паніка проявляється як некерована дезорганізуюча втеча (примітивна реакція людини на страх).

Вона може провокувати нелогічні, деструктивні дії, особливо, якщо на шляху зустрічаються перешкоди. Їх подолання супроводжується великою кількістю людських жертв. Панічні реакції можуть спостерігатися і у групи людей в замкнутих приміщеннях, коли людина відчуває загрозу свого життя. Багато хто в цих випадках вважає, що врятуватися майже неможливо, миттєво піддаються почуттю масового страху, особливо, якщо в групі є неврівноважені люди, навіть якщо їх не більше 2% від числа усієї групи. У психологічному плані паніка дуже заразна, оскільки пов'язана з проявом «стадного інстинкту».

Необхідно знати, що заздалегідь прийняті заходи обережності не можуть повністю виключити можливість виникнення паніки, але можуть її істотно зменшити, тому вживання таких заходів обов'язкове.

Надзвичайна ситуація викликає у людини стрес та приводить до сильного нервового перенапруження, тому під час ліквідації НС рятувальники можуть спостерігати наступні негативні психічні прояви:

Ступор. Ступор - один з найнебезпечніших негативних психічних станів. Він настає після сильних нервових потрясінь (вибух, напад, жорстоке насильство), коли людина витратила на виживання стільки енергії, що сил на контакт з навколишнім світом вже немає. Ступор може тривати від декількох хвилин до декількох годин. якщо не надати допомогу і потерпілий пробуде в такому стані достатньо довго, це приведе до його повного фізичного виснаження. Оскільки контакту з навколишнім світом немає, потерпілий не помітить небезпеки і не зробить дій, щоб її уникнути.

Основними ознаками ступору є:

- різке зниження або відсутність довільних рухів і мови;

- відсутність реакцій на зовнішні подразники (шум, світло, дотики);
- "застигання" в певній позі, заціпеніння, стан повної нерухомості;
- можлива напруга окремих груп м'язів.

Марення та галюцинації. До основних ознак марення відносяться помилкові висновки, в помилковості яких потерпілого неможливо переконати. **Галюцинації** характеризуються тим, що потерпілий переживає відчуття присутності уявних об'єктів, які в даний момент не впливають на відповідні органи чуття (чує голоси, бачить людей, відчуває запахи та інше).

Апатія. Може виникнути після тривалої напруженої, але безуспішної роботи; в ситуації, коли людина терпить серйозну невдачу, перестає бачити сенс своєї діяльності; чи коли не вдалося когось врятувати, особливо через ушкодження чи загибель близької людини. Навалюється відчуття втоми - таке, що не хочеться ні рухатися, ні говорити, рухи і слова відбуваються через силу, в душі - порожнеча, байдужість, відсутні сили навіть на прояв почуттів. Якщо людину залишити без підтримки і допомоги в такому стані, то апатія може перейти в депресію (важкі і тяжкі емоції, пасивність поведінки, відчуття провини, відчуття безпорадності, безперспективність і так далі). В стані апатії людина може знаходитися від декількох годин до декількох тижнів.

Основними ознаками апатії є:

- байдуже відношення до оточення;
- млявість, загальмованість;
- повільна, з довгими паузами, мова.

Рухове збудження.

Іноді потрясіння від критичної ситуації (вибухи, стихійні лиха) настільки сильне, що людина перестає розуміти, що відбувається навколо неї. Вона не може визначити, де вороги, де помічники, де небезпека, а де порятунок. Людина втрачає здатність логічно мислити і приймати рішення, стає схожою на тварину, що кидається в клітці.

Основними ознаками рухового збудження є:

- різкі рухи, часто безцільні і безглузді дії;
- ненормально гучна мова або підвищена мовна активність (людина говорить без зупинки, іноді абсолютно безглузді речі);
- часто відсутня реакція на оточенні (на зауваження, прохання, накази).

Агресія. Агресивна поведінка - один з мимовільних способів, яким організм людини "намагається" понизити високу внутрішню напругу. Прояв злості або агресії може зберігатися досить тривалий час і заважати самому постраждалому і оточенню.

Основними ознаками агресії є:

- роздратування, невдоволення, гнів (по будь-кому, навіть незначному приводу);
- нанесення оточенням ударів руками або якими-небудь предметами;
- словесна образа, лайка;
- м'язова напруга;

- підвищення кров'яного тиску.

Нервове тремтіння. Після екстремальної ситуації з'являється неконтрольоване нервове тремтіння (людина не може за власним бажанням припинити цю реакцію). Так організм "скидає" напругу. Якщо цю реакцію зупинити, то напруга залишиться усередині, в тілі, і викличе м'язові болі, а надалі може привести до розвитку таких серйозних захворювань, як гіпертонія, виразка та ін.

Основні ознаки цього стану:

- тремтіння починається несподівано - відразу після інциденту або через якийсь час;
- виникає сильне тремтіння усього тіла або окремих його частин (людина не може утримати в руках дрібні предмети, запалити сигарету);
- реакція триває достатньо довго (до декількох годин);
- потім людина відчуває сильну втому і потребує відпочинку.

Плач. Коли людина плаче, усередині у неї виділяються речовини, що мають заспокійливу дію. Добре, якщо поруч є хтось, з ким можна розділити горе. Основні ознаки цього стану:

- людина вже плаче або готова розридатися;
- тремтять губи;
- спостерігається відчуття пригніченості;
- на відміну від істерики, немає ознак збудження. Якщо людина стримує сльози, то не відбувається емоційної розрядки, полегшення. Коли ситуація затягується, внутрішня напруга може завдати шкоди фізичному і психічному здоров'ю.

Істерика. Істеричний припадок триває від декількох хвилин до декількох годин. Основні ознаки:

- зберігається свідомість;
- надмірне збудження, безліч рухів, театральні пози;
- мова емоційно насичена, швидка;
- крики, ридання.

3. Особливості психологічної травми. Умови набуття та перебігу. Посттравматичні стресові розлади. Профілактика, мінімізація наслідків.

Особливості спілкування з постраждалими. Правила для співробітників рятувальних служб:

Дайте знати потерпілому що ви поруч і що вже приймаються заходи щодо порятунку. Потерпілий повинен відчувати, що в ситуації, яка трапилась, він не самотній. Підійдіть до потерпілого і скажіть, наприклад: «Я залишуся з вами, поки не приїде «Швидка допомога». Потерпілий також має бути проінформований про те, що зараз відбувається: «Швидка допомога» вже в дорозі». Постарайтеся позбавити потерпілого від сторонніх поглядів. Чужі погляди дуже неприємні людині в кризовій ситуації. Обережно налаштовуйте

тілесний контакт, він зазвичай заспокоює потерпілого. Візьміть потерпілого за руку або обережно за плече. Торкатися до голови або інших частин тіла не рекомендується. Займіть положення на тому ж рівні, що і потерпілий. Навіть надаючи домедичну допомогу, прагніть знаходитися на одному рівні з потерпілим. Говоріть та слухайте. Уважно слухайте, не перебивайте, будьте терплячі, виконуючи свої обов'язки. Говоріть і самі, бажано спокійним тоном, навіть якщо потерпілий без свідомості. Не проявляйте нервозності. Уникайте докорів. Запитайте потерпілого: «Чи можу я що-небудь для вас зробити?» Якщо ви переживаєте почуття співчуття, не соромтеся про це сказати.

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.

Травматичний досвід не вкладається в повсякденні алгоритми поведінки людини. Йдеться про ситуації де була загроза (фізична, психологічна) життю та безпеці людини, було порушено базові людські інстинкти: інстинкт самозбереження, інстинкт збереження роду. У цих випадках прийняття всієї ситуації відразу має руйнівний вплив на психіку. Механізм витіснення, як один з потужних психологічних захистів, дозовано проявляється, симптом за симптомом, нагадуючи про те, що трапилось.

Відстрочені реакції – реакції, що відбуваються не в момент сильного стресу, а після нього (пограбування, зґвалтування, повернення із зони бойових дій тощо). Ці реакції виникають на тлі загального благополуччя через тривалий час після події.

Психологічна травма – «душевна рана», що «болить», турбує, викликає дискомфорт, погіршує якість життя, приносить страждання людині і оточуючим її близьким людям. Як і будь-яка рана, психологічна 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.

Етіологія (причини)

Загальні умови розвитку травматичного стресу:

- людина сприймала ситуацію як неможливу;
- людина не могла ефективно протидіяти ситуації (боротися або тікати);
- людина не могла вивільняти емоційну енергію (стан заціпеніння);
- присутність у житті людини раніше невирішених травматичних ситуацій.

Фактором, що призводить до отримання психічної травми може стати фізіологічний стан у момент отримання травми, особливо фізичної перевтоми на фоні порушення режиму сну та прийому їжі.

До умов виникнення емоційних порушень відноситься відсутність соціальної підтримки, емоційний зв'язок з оточуючими людьми (друзями, членами сім'ї, колегами) (табл. 1).

Має значення і попередня оцінка ситуації. Більш інтенсивною та тривалою є реакція на антропогенні (соціальні) катастрофи, де має місце людський фактор (терористичний акт, військові дії, згвалтування), ніж на природні катастрофи.

Фактори, що впливають на ступінь дії на людину сильної стресової ситуації

**Фактори, що підсилюють
травматичний стрес**

Сприйняття того, що сталося як крайньої несправедливості
Нездатність і/або неможливість хоч якось протистояти ситуації
Пасивність у поведінці. Наявність невилікованих травм

Фізична перевтома
Відсутність соціальної підтримки

**Фактори, що послаблюють
травматичний стрес**

Сприйняття того, що сталося як можливого
Часткове прийняття відповідальності за ситуацію
Поведінкова активність. Наявність позитивного досвіду самостійного вирішення складних життєвих ситуацій
Сприятливе фізичне самопочуття
Психологічна підтримка з боку членів родини, друзів, товаришів по службі

Умовно можна виділити два шляхи розвитку ситуації після дуже сильного стресу:

- людина отримала травматичний досвід, зізналася собі в цьому і поступово проживає його, виробляючи конструктивні способи його подолання;
- людина отримала травматичний досвід, але особистісне ставлення до події відсутнє (випадковість, закономірність, знак зверху). Вона намагається «забути» цей досвід, витіснити його зі свідомості, використовуючи при цьому неконструктивні способи самовладання з проявом симптомів відстрочених стресових реакцій.

Будь-яка відстрочена реакція на травму - нормальна. В одному випадку, людина поступово проживає ситуацію самостійно; в іншому самостійно вона цього зробити не може. У будь-якому з цих випадків страждань і сильних душевних переживань не уникнути.

Стратегії поведінки. Фахівці розрізняють кілька стратегій поведінки людей, які пережили психічну травму.

Постраждалих переслідують нав'язливі спогади та думки про травму. З часом вони починають організовувати своє життя таким чином, аби витіснити,

уникнути цих спогадів та негативних емоцій. Уникнення може набувати різні форми: відхід від спогадів про події; зловживання наркотиками або алкоголем, щоб притупити усвідомлення сильного внутрішнього дискомфорту.

У поведінці людей, які перенесли психічну травму, часто спостерігається неусвідомлене прагнення до повторного переживання травматичних подій. Цей поведінковий механізм проявляється в тому, що людина підсвідомо прагне до участі в ситуаціях, схожими з початковою травматичною подією в цілому або якимось її аспектом. Цей феномен називається компульсивною поведінкою і спостерігається практично при всіх видах травматизації.

Динаміка переживання травматичної ситуації

Динаміка переживання травматичної ситуації включає чотири етапи.

Перший етап - фаза заперечення або шоку. На цій фазі, що настає відразу після дії травматичного фактора, людина не може прийняти подію на емоційному рівні. Психіка захищається від руйнівної дії травматичної ситуації. Цей етап, як правило, відносно нетривалий.

Другий етап - носить назву фази агресії і провини. Поступово починаючи переживати те, що сталося, людина намагається звинувачувати в цьому тих, хто прямо або опосередковано причетний до події. Потім людина направляє агресію на саму себе й відчуває інтенсивне почуття провини («якби я вчинив інакше, цього б не сталося»).

Третій етап - фаза депресії. Після того, як людина усвідомлює, що обставини сильніші за неї, настає депресія. Вона супроводжується почуттями безпорадності, самотності, власної непотрібності. Людина не бачить виходу з ситуації, що склалася, втрачає відчуття мети. Життя стає безглуздом: «Що б я не робив, нічого не зміниш». На цій стадії дуже важлива ненав'язлива підтримка близьких, але людина, яка переживає травму, не завжди її отримує, оскільки оточуючі несвідомо бояться «заразитися» її станом. Крім цього, людина в депресивному настрої неухильно втрачає інтерес до спілкування («Ніхто мене не розуміє»), співрозмовник починає втомлювати його, спілкування переривається, почуття самотності посилюється.

Четвертий етап - це фаза зцілення. Для неї характерне повне (свідоме та емоційне) прийняття свого минулого і набуття нового сенсу життя: «Те, що сталося, дійсно було, я не можу цього змінити; я можу змінитися сам і продовжувати життя, незважаючи на травму». Людина здатна набути з того, що сталося корисний життєвий досвід.

Ця послідовність є конструктивним розвитком ситуації. Якщо потерпілий не проходить фази проживання травматичної ситуації, етапи занадто затягуються, не мають логічного завершення, з'являються симптомокомплекси (посттравматичний стресовий розлад), впоратися з якими самостійно він вже не може.

Порушення, що розвиваються після пережитої психологічної травми, зачіпають усі рівні людського функціонування (фізіологічний, особистісний,

рівень міжособистісної і соціальної взаємодії), призводять до стійких особистісних змін не лише у людей, що пережили стрес, але й у членів їх сімей.

ПТСР – це один з можливих психологічних наслідків переживання травматичного стресу. Дані численних досліджень свідчать про те, що ПТСР виникає приблизно у 20% осіб, що пережили ситуації травматичного стресу (за відсутності фізичної травми, поранення).

У рамках посттравматичної патології більшість авторів виділяють три основні групи симптомів:

1) надмірне збудження (враховуючи вегетативну лабільність, порушення сну, тривогу, нав'язливі спогади, фобічне уникнення ситуацій, що асоціюються з травматичною подією);

2) періодичні напади депресивного настрою (притупленість почуттів, емоційна заціпенілість, відчай, усвідомлення безвиході);

3) риси істеричного реагування (паралічі, сліпота, глухота, нервово тремтіння).

Серед невротичних і патохарактерологічних синдромів виділені характерні для ПТСР стани: «солдатське серце» (біль за грудиною, серцебиття, уривчастість дихання, підвищена пітливість), синдром того, хто вижив (хронічне «відчуття провини за те, що залишився живим», флешбек-синдром (спогади про «непереносні» події, що насильно втручаються у свідомість), прояви «комбатантної» психопатії (агресивність та імпульсивна поведінка із спалахами насильства, зловживання алкоголем і наркотиками), синдром прогресуючої астенії (астенія, що спостерігається після повернення до нормального життя у вигляді швидкого старіння, зниження ваги, психічної млявості та прагнення до спокою), посттравматичні рентні стани (нажита інвалідність з усвідомленою вигодою від наданих пільг та привілеїв і переходом до пасивної життєвої позиції).

Ці стани мають певну динаміку, зокрема – посттравматична симптоматика з віком може не лише не слабшати, а і ставати усе більше вираженою.

Нині термін ПТСР все частіше використовується стосовно наслідків катастроф мирного часу, таких, як природні, екологічні та техногенні катаклізми, пожежі, терористичні дії, присутність при насильницькій смерті інших у разі розбійного нападу, нещасні випадки, а також при транспортних і виробничих аваріях, сексуальне насильство, маніфестація смертельних захворювань, сімейні драми.

Середні показники частоти ПТСР в умовах військового часу (15-30%) не співпадають із загальними даними про поширеність ПТСР після важкого стресу в мирний час (0,5-1,2%), але для деяких груп виявляються цілком рівними: високі показники поширеності ПТСР відзначаються у жертв злочинів (15-50%).

Для ПТСР характерно загострення інстинкту самозбереження. При цьому відбувається збільшення внутрішнього психоемоційного напруження (збудження). Ця напруга залишається на високому рівні, підтримуючи постійно функціонуючий механізм фільтрації стимулів, що надходять ззовні зі стимулами, уже відображеними в свідомості як ознаки надзвичайної ситуації. У жертв надзвичайних ситуацій це виражається в підвищеній тривожності та страхах.