

УДК 159.944.4
DOI: 10.31733/15-03-2024/2/602-604

Кирило НЕДРЯ

завідувач кафедри гуманітарних
дисциплін та психології
поліцейської діяльності
Дніпропетровського державного
університету внутрішніх справ,
кандидат історичних наук, доцент

ПТСР І ГОСТРА СТРЕСОВА РЕАКЦІЯ: ОСОБЛИВОСТІ КОМУНІКАЦІЇ ПОЛІЦЕЙСЬКОГО.

Дослідження особливостей поведінки людей в умовах бойових дій і переживання екстремальних навантажень призвели до виникненню нового напрямку в психології та психотерапії, яке вивчає *травматичний стрес*. Він пов'язаний з переживанням психологічної травми, тобто події високого ступеня стрессогенності.

Травматичний стрес супроводжується важкими переживаннями тривоги, депресії і почуття провини.

Травматичний стрес – це особливе за формою і змістом переживання, що є наслідком особливої взаємодії людини і навколишнього світу.

Це нормальна людська реакція на ненормальні обставини, стан, що виникає у людини, що пережила щось таке, що однозначно виходить за межі звичайного людського досвіду та і фантазії. Коло явищ, що викликають травматичні стресові порушення, досить широке і охоплює безліч ситуацій, коли виникає загроза власному життю або життя близької людини, загроза фізичному здоров'ю або образу «Я». Це ситуації які здебільшого так чи інакше пов'язані з різного роду насиллям, або його наслідками.

Психологічна реакція на травму включає в себе *три відносно самостійні фази*, що дозволяє охарактеризувати її як розгорнутий у часі процес.

Перша – фаза психологічного шоку – включає в себе два основних компоненти:

1. Пригнічення активності, порушення орієнтування в навколишньому середовищі, дезорганізація діяльності;

2. Заперечення того, що сталося (своєрідна охоронна реакція психіки). Нормою є короткочасність цієї фази.

Друга – вплив – характеризується вираженими емоційними реакціями на подію і його наслідки. Це можуть бути сильний страх, жах, тривога, гнів, плач, звинувачення. Емоційні прояви відрізняються безпосередністю та інтенсивністю. Поступово ці емоції змінюються на критику або сумніви у собі. Вона протікає по типу «що було б, якби ...» і супроводжується болючим усвідомленням невідворотності того, що сталося, визнанням власного безсилля і покаранням самого себе. Характерний приклад – описане в літературі почуття «провини того, хто вижив», що досить часто доходить до рівня глибокої депресії.

Вищезгадана фаза є критичною в тому відношенні, що після неї починається або процес одужання (реагування, прийняття реальності, адаптація до нових обставин), тобто *третьою* фазою нормального реагування, або відбувається фіксація на травмі і подальший перехід постстресового стану в хронічну форму.

Сам же *Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР/PTSD)* – це неспсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, здатна викликати психічні порушення практично у будь-якої людини.

У ньому виділяють наступні чотири характеристики травми, здатної викликати травматичний стрес:

1. Подія яка відбулася цілковито усвідомлюється, тобто людина знає, що з ним сталося і через що у нього погіршився психологічний стан;

2. Це стан, який обумовлений зовнішніми причинами;

3. Пережите руйнує звичний спосіб життя;

4. Подія викликає жах і відчуття безпорадності, безсилля що-небудь зробити або

змінити.

Зважаючи на вищезазначене, необхідно розуміти, що *Травматичний стрес* та *Посттравматичний стресовий розлад* – два окремих поняття, які мають різні змісти, прояви і терміни. Щодо роботи з ними і навіть діагностування, то мова може йти виключно щодо залучення профільних фахівців. Однак, саме ПТСР у мовному обиході став використовуватися як фактично сленгове слово для позначення будь-якої «не нормальності» (відхилення від поведінкових норм) осіб, які приймали чи приймають участь у бойових діях. Така практика, нажаль, має місце у поліцейських.

Проте, слід розрізняти ці поняття і *гостру стресову реакцію*, з якою найчастіше і стикаються поліцейські у спілкуванні з особами, під час виконання власних обов'язків. Причому, для учасників бойових дій є окреме визначення – *бойова стресова реакція*.

Так, класифікаційний психіатричний стандарт *DSM-IV* пропонує наступні критерії діагностування *гострої реакції на стрес* :

А. Особи, які пережили травматичну подію, яка характеризується наявністю обох наведених ознак:

1. Особи, які пережили, були свідками або стикалися з подією або подіями, що представляють реальну небезпеку або загрозу смерті чи серйозних ушкоджень – своїй або інших;

2. Особистісні реакції у вигляді страху, безпорадності, жаху.

Б. Або під час, або безпосередньо після переживання травмуючої події у людини виникає, принаймні, три диссоціативні симптоми:

1. Суб'єктивне переживання заціпеніння, відчуженості або відсутності емоційної реакції;

2. Звуження поля свідомості у сприйнятті навколишньої ситуації (стан «оглушення»);

3. дереалізація;

4. деперсоналізація;

5. диссоціативна амнезія, наприклад, нездатність згадати важливий момент травми.

В. Травматична подія постійно переживається одним (або більше) з наступних шляхів: повторювані і захоплюючі дистресові образи, думки, флешбеки або відчуття повторного переживання подій; або ж розлад проявляється при зіткненні з чимось, що нагадує про травмує подію.

Г. Прагнення уникати стимулів, що асоціюються з травмою (думок, почуттів, розмов, діяльності, місць і людей).

Д. Очевидні симптоми тривоги або підвищеної збудливості (наприклад, дратівливість, труднощі концентрації, труднощі засипання і збереження сну, перебільшені реакції переляку, моторне збудження).

Е. Розлад викликає клінічно вагомий дистрес і порушення в соціальній, професійній і будь-якій іншій важливій сфері функціонування, або ж пацієнт не може виконувати важливі завдання (не в змозі звертатися за необхідною медичною або юридичною допомогою, не може мобілізувати необхідні ресурси).

Ж. Симптоми тривають мінімум два дні і максимум чотири тижні і проявляються протягом чотирьох тижнів після травмуючого події.

З. Симптоми не є безпосереднім результатом прийому хімічних речовин (хімічної залежності або медикаментозного лікування) або загального фізичного стану і не викликані загостренням порушень, що належать до осі I і осі II даної класифікації.

З найбільш частих симптомів, які проявляються у осіб під час спілкування з поліцією, що, помилково, дає змогу робити висновки про ПТСР є:

– тремор рук (у тому числі викликає підозру про вживання різного роду заборонених речовин);

– м'язова напруженість (насторожує і виглядає як агресія, а отже і викликати відповідні заходи безпеки та агресію з боку поліцейського);

– не зосереджений погляд, який називається «погляд на тисячу ярдів» (розширені зіниці, які немов дивлять крізь опонента у спілкуванні і не фокусуються на ньому, що теж викликає підозру про ймовірне вживання заборонених речовин);

– різкі і нескоординовані рухи, або, навпаки, уповільнені;

– емоційні перепади від суму до навпаки агресії (вербальні і невербальні прояви);

– гіперактивність, або навпаки загальмованість у реакціях та рухах;

- неможливість пригадати певні моменти, інформацію, події.

Безумовно, що подібні поведінкові прояви насторожують і викликають потребу більш пильної уваги навіть суто інтуїтивно. Однак, що треба враховувати при виявленні подібних ознак і на чому будувати комунікацію:

- має місце один з наступних варіантів: гостра стресова реакція/бойова стресова реакція, маніпуляція і демонстративна реакція (особливо у випадку «я воював, а ти чому тут?», або – можливе перебування під впливом певних заборонених речовин);

- необхідно враховувати просту формулу – «агресія у відповідь на агресію завжди дає більшу агресію». За потреби, уникнути її не можна і не треба, однак розпочинати з неї – хибний шлях. У першу чергу мова йде про демонстрацію зброї. Так, людина яка має реальну бойову стресову реакцію зброї точно не боїться, оскільки вона з нею проводила і проводить велику кількість часу. Тому, більш доцільним є якраз забезпечення контролю над особою з боку інших співробітників, у той час як поліцейський-комунікатор демонструватиме доброзичливість і довіру, прибираючи зброю, або – не демонструючи її;

- побудова співпраці на спільних цінностях, а саме: «мій герб і прапор на шевроні, такий самий як і у тебе!», «Ми ж давали присягу одному і тому ж народу? Вірно?», «Повір, я хочу так само як і ти мирного життя дітям. Тому я і виконую свою роботу як для свої дітей, так і для твоїх», тощо;

- співпраця і довіра побудована на активному слуханні: «Я готовий за потреби тебе слухати хоч годинами!», «Давай поговоримо. Мені, теж це потрібно», тощо;

- варто обережно ставитися до здогадок про родину, оскільки це теж може бути подразником у випадку наявності в ній проблем, або її руйнування. Не варто одразу використовувати заклики «в ім'я родини»;

- підключати, за потреби, поліцейське піклування: «Якщо є необхідність, то краще ми доведемо куди треба», «Чим ми можемо допомогти?», тощо.

- врахування у спілкуванні особистісної дистанції, а саме не наближення ближче ніж на 2 метри, допоки не буде подолано перші гострі реакції;

- уникання тиску: «Давай швидше!», «Та скільки можна! Вирішили і забули!», «Не затримуй!».

Окрім того, варто обов'язково враховувати ймовірну можливість погіршення стану здоров'я та потребу залучення медиків.

Що стосується моделей, де можливо ідентифікувати маніпуляцію і демонстративну реакцію, то тут варто спиратися виключно на визначені законом заходи.

УДК 341.341-052+159.98

DOI: 10.31733/15-03-2024/2/604-606

Яніна ОВСЯННІКОВА

начальник навчально-наукової лабораторії екстремальної та кризової психології науково-дослідного центру Національного університету цивільного захисту України
кандидат психологічних наук,
старший науковий співробітник

ПОЛОН: ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПРОФЕСІЙНИМ КОНТИНГЕНТАМ СЕКТОРУ БЕЗПЕКИ ТА ОБОРОНИ УКРАЇНИ

Сьогодні, є дуже актуальною проблема відновлення та збереження психічного здоров'я професійних контингентів сектору безпеки та оборони України [1]. Особливо гостро стоїть питання щодо надання кваліфікованої психологічної допомоги професійним контингентам сектору безпеки та оборони України, які перебували в полоні.

Як відомо, персонал Державної служби цивільного захисту України (ДСНС) не