

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**Кафедра української мови, психології та педагогіки**

**Магістерська робота**

**за спеціальністю 053 Психологія**

на тему: «Особливості переживання травматичного досвіду у  
працівників ДСНС»

**Виконала** здобувачка вищої освіти

2 курсу, групи 1-24-277

I медичного факультету

спеціальності 053 Психологія

Ємець Ксенія Олександрівна

**Керівник:** Соколова І.М., д. психол.н.,

професор кафедри української мови,

психології та педагогіки

**Рецензенти:** Алієва Т.А., к.психол.н.,

доцент кафедри сексології, психотерапії та  
медичної психології;

Абасалієва О.М., к. психол.н., доцент

кафедри української мови, психології та

педагогіки

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ</b>	<b>7</b>
1.1. Феномен травматичного досвіду та його психологічні наслідки	7
1.2. Специфіка діяльності ДСНС як фактор професійної травматизації	19
1.3. Індивідуальні та особистісні чинники, що впливають на переживання травматичного досвіду	26
<b>Висновки до першого розділу</b>	<b>32</b>
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ У ПРАЦІВНИКІВ ДСНС</b>	<b>35</b>
2.1. Стратегія, методи і методики дослідження особливостей переживання травматичного досвіду у працівників ДСНС	35
2.2. Аналіз особливостей переживання травматичного досвіду у працівників ДСНС	38
2.3. Профілактична програма та практичні рекомендації для психологічної підтримки працівників ДСНС	51
<b>Висновки до другого розділу</b>	<b>67</b>
<b>ВИСНОВКИ</b>	<b>70</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	<b>73</b>
<b>ДОДАТКИ</b>	<b>78</b>

## ВСТУП

Сучасні умови функціонування українського суспільства характеризуються підвищеним рівнем соціальної напруги, воєнними діями та зростанням кількості надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру. У цих умовах особливої уваги потребує психологічний стан працівників Державної служби України з надзвичайних ситуацій (ДСНС), які щоденно стикаються з людськими втратами, руйнуваннями, ризиком для власного життя та необхідністю швидкого прийняття рішень у критичних ситуаціях. Така діяльність пов'язана з високою ймовірністю переживання травматичного досвіду, який може набувати хронічного характеру та негативно позначатися на емоційній стабільності, професійній ефективності та якості життя рятувальників.

Психологічні наслідки травматичного стресу серед працівників екстрених служб досі залишаються предметом глибоких наукових дискусій. Травматичний досвід, накопичений у процесі професійної діяльності, може проявлятися у вигляді гострих та відстрочених реакцій, симптомів ПТСР, тривожних або депресивних проявів, емоційного вигорання. На суб'єктивне проживання травматичних подій впливають індивідуальні особливості особистості, професійний досвід, рівень стресостійкості, а також копінг-стратегії, які використовуються для подолання наслідків стресу.

Актуальність дослідження зумовлена необхідністю глибшого аналізу того, як саме працівники ДСНС переживають травматичний досвід, які психологічні механізми включаються в процес адаптації та які фактори підсилюють чи послаблюють вплив професійних стресорів. Незважаючи на значну кількість досліджень у сфері посттравматичного стресу, специфіка переживання травматичного досвіду саме рятувальниками в Україні вивчена недостатньо. Це ускладнює створення цілісної системи психологічної підтримки, адаптованої до їхніх реальних потреб і професійної специфіки.

У зв'язку з цим важливим є проведення комплексного теоретичного та емпіричного дослідження особливостей переживання травматичного досвіду працівниками ДСНС, визначення чинників, що впливають на його інтенсивність, а також розробка практичних рекомендацій щодо психологічної підтримки та профілактики негативних наслідків професійних стресів.

**Мета дослідження:** теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості переживання травматичного досвіду у працівників ДСНС та розробити рекомендації для їх психологічної підтримки.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати теоретичні підходи до визначення травматичного досвіду та його впливу на особистість.
2. Діагностувати рівень та особливості прояву симптомів переживання травматичного досвіду, тривоги та депресії у працівників ДСНС.
3. Встановити взаємозв'язок між особливостями переживання травматичного досвіду, стажем роботи та копінг-стратегіями.
4. Розробити профілактичну програму та практичні рекомендації для психологічної підтримки працівників ДСНС.

**Об'єкт дослідження:** процес переживання травматичного досвіду.

**Предмет дослідження:** особливості переживання, форми та прояви травматичного досвіду у працівників ДСНС.

**Методи дослідження**

1) теоретичні методи: аналіз та узагальнення наукових джерел з проблематики травматичного досвіду, стресу та копінг-стратегій; систематизація і класифікація теоретичного матеріалу; порівняльно-історичний аналіз підходів до вивчення посттравматичних реакцій; теоретичне моделювання особливостей переживання травматичного досвіду працівниками екстрених служб.

2) емпіричні методи: контрольний список симптомів посттравматичного стресового розладу за DSM-5 (PCL-5), шкала професійної якості життя

(ProQOL-5), шкала резильєнтності Коннора–Девідсона (CD-RISC), короткий опитувальник стратегій подолання стресу (Brief COPE).

3) методи математичної статистики: розрахунок середніх показників; кореляційний аналіз; оцінка варіативності та відмінностей між групами.

**Характеристика вибірки.** Вибірка склала 60 осіб чоловічої статі, працівники Аварійно-рятувального загону спеціального призначення Головного управління державної служби України з надзвичайних ситуацій у Харківській області. Віковий діапазон самих досліджуваних від 23 до 58 років, мають різні військові звання та досвід роботи. Усі досліджувані проживають в місті Харкові або Харківській області.

**Наукова новизна** одержаних результатів визначається тим, що в роботі:

– *поглиблено наукові уявлення* про психологічні особливості переживання травматичного досвіду працівниками ДСНС в умовах професійної діяльності; про роль копінг-стратегій як провідного механізму психологічної адаптації рятувальників до хронічного стресу та екстремальних умов служби;

– *уточнено* особливості взаємозв'язку між рівнем посттравматичного стресового розладу та копінг-поведінкою працівників ДСНС з різним професійним стажем;

– *отримали* подальший розвиток уявлення про необхідність диференційованого психологічного супроводу та профілактики професійної психотравматизації рятувальників на різних етапах службової діяльності.

**Практична значущість дослідження:** отримані результати можуть бути використані психологами ДСНС, фахівцями служб психологічної підтримки та кризовими консультантами для удосконалення системи психологічного супроводу рятувальників. Розроблені рекомендації можуть стати основою профілактичних програм, тренінгових занять та індивідуальної роботи з працівниками, які зазнали впливу травматичного досвіду. Матеріали дослідження також можуть бути використані у навчально-професійній підготовці психологів, викладанні дисциплін з кризової психології, психотравматології та психології екстремальних ситуацій.

**Апробація результатів дослідження** здійснювалася шляхом публікації тез доповідей на III Міжнародній науково-практичній конференції «Innovation and development in world science» (м. Цюрих, Швейцарія, 29-31.12.2025 р. с. 330-331).

**Структура роботи:** дипломна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг дипломної роботи 79 сторінки комп'ютерного тексту, обсяг основного тексту – 70 сторінок, містить 5 таблиць.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

#### 1.1. Феномен травматичного досвіду та його психологічні наслідки

Травматичний досвід є складним психологічним феноменом, який виникає внаслідок впливу надзвичайно сильних або тривалих стресових подій, що перевищують адаптаційні можливості особистості. Він охоплює не лише безпосередню реакцію на психотравмуючу ситуацію, а й довготривалі зміни у когнітивній, емоційній, поведінковій та соціальній сферах людини [6].

У науковій літературі феномен травми розглядається як результат зіткнення індивіда з подією, що становить загрозу його життю, фізичній або психологічній цілісності, та яка викликає почуття безпорадності, страху чи жаху [14]. За визначенням Американської психологічної асоціації (АРА), психологічна травма – це емоційна реакція на подію, яка порушує відчуття безпеки та стабільності особистості [9].

З позицій психології розвитку (Е. Еріксон, В. Франкл, К. Роджерс) травматичний досвід розглядається як кризовий момент існування, який може призвести як до руйнування психічних структур, так і до внутрішнього зростання, переоцінки життєвих цінностей, формування нової ідентичності [20].

Таким чином, травматичний досвід має амбівалентний характер: з одного боку, він є деструктивним, бо спричиняє біль, страждання, дезорганізацію особистості, а з іншого – потенційно конструктивним, оскільки може стимулювати особистісний розвиток, підвищення рівня усвідомленості та життєстійкості [1].

У процесі переживання травматичного досвіду активуються складні психічні механізми – захисні, компенсаторні та адаптаційні. На початковому етапі (гостра реакція на стрес) домінують емоційні реакції –

шок, страх, заперечення, гнів, провина [3]. Згодом включаються когнітивні процеси – спроби осмислення події, пошук причин і наслідків, інтеграція травматичного досвіду у власну життєву історію [10].

За М. Горовіцем, процес опрацювання травми проходить через дві взаємодіючі фази:

1. Фаза нав'язливого відтворення події – постійне повернення до травматичних спогадів у вигляді флешбеків, снів, тривожних образів.

2. Фаза уникнення – свідоме або несвідоме відсторонення від усього, що нагадує про травму [22].

Поступова інтеграція цих двох процесів веде до психологічного відновлення, але якщо адаптаційні ресурси виснажуються, виникає посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Залежно від характеру події та її тривалості, виділяють наступні види досвіду. Травматичний досвід можна класифікувати залежно від тривалості та характеру впливу. Гостра травма виникає внаслідок одноразового, але надзвичайно сильного психотравмувального чинника, такого як бойові дії, аварія, напад або стихійне лихо. Хронічна травма формується за умов тривалого перебування людини під дією негативних факторів, зокрема під час служби в ситуаціях постійного ризику, переживання насильства чи розвитку професійного вигорання. Окремо виділяють комплексну травму, яка є результатом поєднання багатьох стресових подій, що неодноразово повторюються та мають глибокий вплив на формування особистості, зокрема внаслідок втрати близьких, переживання полону чи систематичних бойових ситуацій [13].

Психічна травма у психологічній науці розглядається як порушення нормального функціонування психіки внаслідок впливу надзвичайно сильних стресових подій, які перевищують можливості людини щодо адаптації. Такі події руйнують базові переконання про світ як безпечне місце, а також уявлення людини про власну компетентність і контроль над життям [12].

Згідно з DSM-5, травматична подія визначається як вплив фактичної або потенційної загрози смерті, серйозного поранення чи сексуального насильства [3]. Травма може бути пережита безпосередньо, засвідчена особисто, отримана внаслідок повідомлення про подію, що трапилась із близькою людиною, або внаслідок повторного контакту з наслідками травми, наприклад, у професійній діяльності (як у випадку рятувальників) [11].

Для працівників ДСНС, які систематично стикаються з катастрофами, аваріями, пожежами, наслідками бойових дій, травматичний досвід має кумулятивний характер. Він формується не лише через одноразову подію, а через постійний вплив стресогенних ситуацій. Це призводить до накопичення психоемоційного виснаження, порушення сну, підвищеної тривожності, зниження когнітивної концентрації та здатності до емпатії [21].

Психологічна травма при цьому не завжди проявляється миттєво – її ефекти можуть бути відстроченими, проявляючись через тижні або місяці після події, у формі нав'язливих спогадів, гіперзбудливості або емоційного відчуження. Таким чином, травматичний досвід у працівників ДСНС – це складний феномен, що поєднує гостру стресову реакцію, кумулятивну дію повторних психотравм і системні зміни у психіці особистості [10].

Особливе місце посідає професійна травма, яка характерна для осіб, що працюють у високостресових сферах (військові, медики, рятувальники, поліцейські). У таких випадках травматизація часто має кумулятивний характер – поступове накопичення мікротравм, що зрештою призводить до емоційного виснаження або дестабілізації психіки [7].

Психологічні наслідки травматичного досвіду є комплексними та багатовимірними, оскільки травма впливає не лише на емоційний стан людини, а й на її мислення, поведінку, фізіологічні реакції та соціальне функціонування. У науковій літературі підкреслюється, що пережите психотравмувальне явище порушує відчуття безпеки, контроль над власним життям і довіру до світу, що зумовлює низку змін у різних сферах особистості [3].

Передусім травматичний досвід відображається на емоційній сфері, формуючи стійкий фон напруження та внутрішнього дискомфорту. У постраждалих часто виникають тривожність і депресивні переживання, а також почуття провини чи сорому, які можуть бути пов'язані як із самою подією, так і з її наслідками. Нерідко спостерігається емоційна притупленість – людина наче «відключає» почуття, щоб не переживати біль, що супроводжується відчуттям безпорадності, спустошення. У деяких випадках виникають спалахи агресії, різкі коливання настрою або виражена емоційна нестабільність [3].

Не менш значущі зміни відбуваються у когнітивній сфері, адже травма порушує нормальне функціонування уваги й пам'яті. Людина може скаржитися на труднощі концентрації, забудькуватість, відчуття «туману в голові». Типовими є нав'язливі спогади та флешбеки, коли травматичні події ніби знову «переживаються» в теперішньому часі. Змінюється й світосприйняття: може порушуватися відчуття часу, з'являється переконання, що світ є небезпечним, а іншим людям не можна довіряти, що суттєво ускладнює подальшу адаптацію [9].

У поведінковій сфері травматичний досвід часто проявляється через уникання. Людина прагне не контактувати з місцями, подіями, людьми чи навіть думками, що можуть нагадати про травму. Це веде до замкнутості, соціальної ізоляції, зниження активності. Доволі поширеним є формування шкідливих звичок або адиктивних форм поведінки як спроби «саморегуляції» – тобто штучного зниження напруги, приглушення болю чи тривоги за допомогою зовнішніх засобів [9].

Психологічна травма також має виразний зв'язок із фізіологічними проявами, адже тривалий стрес активізує нервову й гормональну системи, виснажуючи організм. Це може проявлятися порушеннями сну й апетиту, постійною втомою, соматичними симптомами (головний біль, біль у тілі, серцево-судинні порушення). На фоні хронічного напруження знижується імунний захист, що підвищує вразливість до захворювань. У перспективі такі

процеси можуть сприяти формуванню або загостренню психосоматичних розладів [9].

Окрема група наслідків пов'язана із соціальною сферою, оскільки травма змінює стиль взаємодії з оточенням і здатність підтримувати стосунки. З'являються труднощі у міжособистісному спілкуванні, конфліктність або, навпаки, тенденція до відсторонення. Нерідко погіршується професійна ефективність: людині складніше зосереджуватися, підтримувати темп роботи, контролювати емоції. У результаті формується відчуження, поступова втрата соціальних зв'язків і зниження якості життя загалом [9].

Отже, травматичний досвід порушує цілісність психологічного функціонування особистості, формуючи зміни на емоційному, когнітивному, поведінковому, фізіологічному та соціальному рівнях, що потребує комплексної психологічної підтримки й реабілітаційних заходів [3; 9].

Конструктивні наслідки травматичного досвіду не заперечують його болісності та руйнівності, однак підкреслюють важливий науковий факт: пережита травма не завжди має лише негативні результати. У межах сучасної психології все частіше акцентується, що за певних умов травматична подія може стати поштовхом до посттравматичного зростання – процесу позитивних змін, які виникають унаслідок глибокого переосмислення пережитого. Концепція посттравматичного зростання, розроблена Т. Тедеші та Р. Кальгуном, описує не «швидке одужання», а саме внутрішню трансформацію особистості, що відбувається через напружену психологічну роботу, пошук смислів, зміну життєвих пріоритетів і нове бачення себе та світу.

Одним із ключових проявів такого зростання є посилення цінності життя: людина починає гостріше відчувати значущість кожного дня, розуміти крихкість існування та більше цінувати прості, але глибокі речі – безпеку, підтримку, щирість, близькість. Травма ніби «знімає автоматизм» у сприйнятті життя, змушуючи особу переоцінити те, що раніше здавалося буденним. Разом із цим змінюється і ставлення до інших людей: посилюється потреба у теплих

зв'язках, збільшується здатність бачити в стосунках не лише соціальну функцію, а й ресурс психологічного відновлення.

Важливим конструктивним результатом травматичного досвіду може бути розвиток емпатії, чутливості до переживань інших і здатності до співпереживання. Людина, яка сама пройшла крізь кризу, часто починає глибше розуміти чужий біль, стає менш схильною до осуду та категоричних оцінок. У багатьох випадках це супроводжується посиленням духовності або моральних орієнтирів: зростає інтерес до екзистенційних питань, теми сенсу життя, внутрішніх цінностей, віри (у широкому значенні – як опори на щось більше, ніж повсякденні труднощі). Духовність у цьому контексті може проявлятися і як релігійність, і як поглиблення внутрішньої філософії життя, посилення гуманістичних переконань.

Ще одним вираженим проявом посттравматичного зростання є формування нових життєвих цілей і стратегій. Після травми людина нерідко переосмислює життєвий шлях і починає будувати плани по-іншому: змінює професійні орієнтири, відмовляється від руйнівних або несуттєвих прагнень, переглядає пріоритети, надає перевагу тому, що відповідає її глибинним цінностям. Інколи саме травматичний досвід стає мотиваційною основою для соціальної активності, волонтерства, допомоги іншим, участі в суспільно значущих ініціативах – тобто для переорієнтації на діяльність, що має смисл і цінність.

Надзвичайно важливим компонентом конструктивних наслідків травми є усвідомлення власної сили та витривалості. Переживши тяжкі події, людина може змінити уявлення про себе: «я витримав(ла)», «я здатний(на)», «я можу долати труднощі». Це формує новий рівень психологічної стійкості, підсилює самооцінку, сприяє зростанню впевненості у власних ресурсах. Така зміна не означає відсутності болю чи страху, але свідчить про появу внутрішнього відчуття опори та здатності відновлюватися.

Водночас необхідно наголосити: посттравматичне зростання не є автоматичним результатом травми, і його не можна сприймати як «обов'язкову

користь» від пережитого. Це процес, який потребує психологічних ресурсів, часу та сприятливих умов. Дослідження підкреслюють, що конструктивні зміни найчастіше виникають тоді, коли людина має можливість отримати адекватну психологічну підтримку, бути почутою, безпечно прожити свої емоції, сформувані цілісну розповідь про травматичний досвід і надати йому смислового пояснення. Саме тому феномен посттравматичного зростання підтверджує, що травматичний досвід не лише руйнує психіку, але й за належних умов може стати джерелом внутрішнього розвитку, переоцінки цінностей і зміцнення особистості [35].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) розглядається як психічний стан, що формується у відповідь на переживання або свідчення травматичної події, яка супроводжується реальною чи суб'єктивно пережитою загрозою життю, безпеці або фізичній цілісності людини. У таких умовах психіка зазнає надмірного стресового навантаження, що порушує механізми адаптації та регуляції емоцій, пам'яті й поведінки. ПТСР може виникати після бойових дій, насильства, катастроф, аварій, полону, втрати близьких чи інших екстремальних ситуацій, які виходять за межі звичного досвіду та супроводжуються інтенсивним страхом, жахом або відчуттям безпорадності.

Згідно з сучасними діагностичними критеріями DSM-5, у структурі ПТСР виділяють чотири ключові кластери симптомів, які відображають різні аспекти порушення психічного функціонування після травми [48]. Перший кластер, реколекції (intrusion), характеризується нав'язливим «вторгненням» травматичного досвіду у свідомість. Людина може мимоволі знову й знову переживати подію через болючі спогади, яскраві образи, флешбеки або нічні кошмари. Ці переживання нерідко мають високу емоційну інтенсивність і створюють ефект, ніби травма відбувається «тут і зараз», супроводжуючись тілесними реакціями страху, паніки чи напруження.

Другий кластер симптомів, уникання (avoidance), проявляється прагненням свідомо або несвідомо мінімізувати контакт із будь-якими нагадуваннями про травму. Людина уникає місць, людей, розмов, подій, образів

чи навіть власних думок і почуттів, які можуть викликати спогади про травматичний досвід. На психологічному рівні це є спробою знизити внутрішній біль, однак у довгостроковій перспективі така стратегія часто підтримує симптоматику й ускладнює відновлення, оскільки травматичний досвід залишається неінтегрованим.

Третій кластер, негативні зміни у когніціях і настрої, відображає глибші особистісні та емоційні порушення, що виникають після травми. Це може включати стійке почуття провини («я винен/винна»), сорому або самозвинувачення, а також відчуття безнадії, втрати сенсу, внутрішньої порожнечі. Для багатьох характерним є емоційне оніміння, зниження здатності відчувати позитивні емоції, зростання відчуженості від близьких людей та недовіра до світу. У когнітивній площині можливі спотворені переконання щодо себе («я слабкий/я зламаный»), інших («нікому не можна довіряти») і реальності («світ небезпечний»), що істотно впливає на поведінку та якість життя.

Четвертий кластер симптомів, гіперактивація (hyperarousal), проявляється станом підвищеного внутрішнього напруження, постійної настороженості та «готовності до загрози». Людина може відчувати підвищену тривожність, дратівливість, різкі реакції на несподівані звуки або рухи, мати труднощі з концентрацією уваги. Частими є порушення сну (важке засинання, часті пробудження, поверхневий сон), а також надмірна пильність, яка виснажує нервову систему та підтримує відчуття небезпеки навіть у безпечних умовах [18].

Таким чином, ПТСР є не лише реакцією на стресову подію, а складним розладом, у якому порушуються механізми емоційної регуляції, роботи пам'яті, базового відчуття безпеки та довіри до світу. Виділені в DSM-5 кластери симптомів відображають системність змін, що охоплюють мислення, емоції, поведінку і фізіологічні реакції людини після пережитої травми [33].

Для рятувальників ПТСР має професійно обумовлений характер: симптоматика часто розвивається поступово, проявляючись через хронічну втоми, байдужість, апатію чи емоційні зриви [42].

У сучасній психотравматології поряд із класичним розумінням посттравматичного стресового розладу дедалі частіше виділяють комплексний посттравматичний стресовий розлад (С-PTSD), який формується внаслідок тривалого, повторного або систематичного впливу психотравмувальних подій, особливо в ситуаціях, коли людина не має можливості уникнути загрози чи припинити травматизацію. Найчастіше це стосується досвіду полону, тривалого насильства, систематичних бойових умов, життя в ситуації постійної небезпеки або роботи у сфері високого ризику. Відмінність С-PTSD полягає в тому, що травма набуває не точкового, а хронічного характеру, через що її вплив стає значно глибшим: порушується не лише психічне благополуччя, а й базові механізми самоусвідомлення, емоційної регуляції та взаємодії з іншими людьми.

С-PTSD характеризується більш вираженими та стійкими наслідками, ніж ПТСР, оскільки тривала травматизація змінює внутрішню структуру особистості та способи переживання реальності [14]. Одним із центральних проявів є деструкція «Я-концепції»: людина може переживати стійке відчуття меншовартості, сорому, «зламаності», втрати ідентичності та невпевненості у власній цінності. Типовими стають думки на кшталт «зі мною щось не так», «я нікчемний/нікчемна», що суттєво погіршує самооцінку і знижує внутрішню опору.

Іншою важливою ознакою С-PTSD виступає порушення емоційної регуляції, яке проявляється труднощами керування почуттями та імпульсами. Емоційні стани стають нестабільними: виникають різкі епізоди гніву, неконтрольованої тривоги або емоційного «вибуху», які можуть змінюватися станом спустошення, провини, безнадії чи відчуття безвиході. Для людини характерне відчуття, ніби вона не здатна контролювати власний внутрішній світ, що посилює виснаження та сприяє вторинній дезадаптації [20].

Також С-PTSD супроводжується вираженими міжособистісними труднощами. Постраждалі нерідко уникають емоційної близькості, відчувають недовіру до інших, ізолюються від соціального середовища, втрачають здатність будувати стабільні відносини. Взаємодія з близькими може сприйматися як небезпечна, виснажлива або емоційно недоступна, що спричиняє відчуження та поглиблює самотність [14]. У результаті травматичний досвід стає не лише внутрішнім болем, а й чинником руйнування підтримувальних соціальних зв'язків.

Окремої уваги заслуговує динаміка розвитку ПТСР у працівників ДСНС, діяльність яких пов'язана з регулярним контактом із загрозливими та екстремальними подіями. Зазначається, що розвиток симптоматики може проходити кілька послідовних етапів [11]. На першому етапі – гострій фазі (до 1 місяця після травматичної події) – спостерігаються найбільш яскраві реакції: шок, інтенсивна тривога, сильні емоційні коливання, порушення сну, панічні напади, підвищена настороженість. Це період, коли психіка перебуває в режимі надмірного напруження та намагається адаптуватися до пережитого.

За відсутності своєчасної допомоги або за умов повторної травматизації стан може перейти в хронічну фазу, що характеризується більш «глухими», але стійкими проявами: наростанням депресивних тенденцій, емоційним виснаженням, втратою мотивації, когнітивним звуженням (коли людині складніше мислити гнучко, приймати рішення, концентруватися). У цій фазі підвищується ризик дезадаптації, професійного вигорання та соматизації стресу [6].

Водночас за наявності підтримки, психоосвіти та професійної допомоги можливий перехід до інтеграційної фази, у якій відбувається поступове прийняття травматичного досвіду, його психологічна інтеграція в життєву історію та формування більш адаптивних стратегій подолання. Саме на цьому етапі зростає здатність до саморегуляції, відновлення життєвих функцій і повернення до продуктивної професійної та соціальної діяльності [24].

Таким чином, комплексний ПТСР відображає глибину та тривалість травматизації, впливаючи на ідентичність, емоційну стійкість і соціальне функціонування людини. А аналіз етапів розвитку ПТСР у працівників ДСНС підкреслює важливість раннього втручання й підтримки, що можуть запобігти хроніфікації розладу та сприяти психологічному відновленню [14].

Без належної психологічної підтримки ці процеси можуть перейти у професійну деформацію, втрату емпатійності, цинізм або соматизацію стресу (психосоматичні захворювання) [21].

Однією з особливостей діяльності працівників ДСНС є постійне перебування поруч із постраждалими, що призводить до вторинної (опосередкованої) травматизації. Це явище описується як емоційне зараження травмою іншої людини, коли фахівець, співпереживаючи чужому болю, поступово починає сам відчувати симптоми, подібні до ПТСР: флешбеки, тривогу, емоційне виснаження [11].

Механізм вторинної травматизації полягає у високому рівні емпатійного залучення – рятувальник, реагуючи на людські страждання, формує сильний емоційний відгук, який не завжди вдається відрефлексувати або нейтралізувати [36].

Дослідження К. Фіглі показали, що постійне співпереживання без достатнього психологічного відновлення призводить до «втоми від співчуття» (compassion fatigue) [7].

Втома від співчуття – це специфічний вид професійного емоційного виснаження, який формується у фахівців допоміжних і ризиконебезпечних професій, що регулярно контактують із людським болем, травмою та стражданням. Найчастіше цей стан спостерігається у рятувальників (зокрема працівників ДСНС), медиків, психологів, соціальних працівників, тобто у тих, чия діяльність потребує постійної емпатійної залученості та швидкого реагування у критичних ситуаціях. За своєю суттю втома від співчуття виникає тоді, коли людина тривалий час є «носієм чужого горя», а її психіка поступово втрачає здатність повноцінно відновлювати емоційні ресурси.

Основними проявами цього стану виступає відчуття емоційної порожнечі, зниження співпереживання та навіть байдужість до чужого болю, що раніше викликало активну реакцію допомоги. Паралельно спостерігається падіння професійної мотивації, втрата зацікавленості у роботі, зниження відчуття значущості власної діяльності. Частими є і психофізіологічні симптоми: порушення сну, підвищена дратівливість, виснаження, зниження енергії, хронічна втома, що накопичується та погіршує здатність до ефективного функціонування. Досить характерним є також цинічне або відсторонене ставлення до професійних обов'язків, яке насправді виконує захисну функцію – психіка ніби «вимикає» глибокі емоції, щоб зменшити внутрішній біль і напруження [33].

Важливо підкреслити, що втома від співчуття не є проявом слабкості чи професійної непридатності. Навпаки, це закономірна та природна реакція психіки на надмірне і тривале емпатійне навантаження, коли постійне співпереживання, контакт із травмою та необхідність бути «опорою» для інших поступово виснажують внутрішні ресурси фахівця. Якщо цей стан не розпізнавати вчасно і не коригувати, його наслідки можуть бути досить серйозними: від зниження якості професійного функціонування та помилок у діяльності до формування стійких депресивних і тривожних станів, а також підвищення ризику вторинної травматизації [9].

Для працівників ДСНС профілактика втоми від співчуття має бути системною та багаторівневою, оскільки їхня професійна діяльність пов'язана з регулярним контактом із критичними подіями, смертю, травмами й гострим людським стражданням. Важливим напрямом профілактики є психологічне навчання навичкам саморегуляції, що допомагає контролювати рівень напруги, відновлювати внутрішню рівновагу й запобігати накопиченню емоційного перевантаження. Не менш значущим є створення умов для емоційного розвантаження – тобто можливості безпечно проговорювати переживання, відновлювати ресурс та відділяти професійні події від особистого життя. Також ключову роль відіграє підтримка з боку колективу й керівництва, адже

згуртоване професійне середовище знижує рівень ізоляції та дозволяє працівникам відчувати себе не сам-на-сам із пережитим досвідом. Ефективним інструментом є періодичні інтервізійні та супервізійні зустрічі, які забезпечують фаховий простір для аналізу складних випадків, осмислення власних емоційних реакцій, профілактики вторинної травматизації та збереження професійного здоров'я загалом [5].

Отже, втома від співчуття є важливим психологічним феноменом у сфері допоміжних професій, який потребує своєчасного виявлення та профілактики. Особливо актуальним це є для працівників ДСНС, де емоційне виснаження може впливати не лише на психологічний стан рятувальника, а й на ефективність виконання завдань у ситуаціях, що потребують максимальної зібраності та витривалості [9; 13; 19].

Отже, феномен травматичного досвіду – це складний психологічний процес, що включає як деструктивні, так і конструктивні аспекти. Його наслідки залежать від інтенсивності події, особистісних ресурсів, рівня соціальної підтримки та наявності професійної психологічної допомоги [9]. Розуміння природи та механізмів впливу травматичного досвіду є необхідною передумовою для розробки ефективних програм психологічного супроводу та профілактики деструктивних наслідків у професійній діяльності.

## **1.2. Специфіка діяльності ДСНС як фактор професійної травматизації**

Діяльність працівників Державної служби України з надзвичайних ситуацій (ДСНС) належить до категорії професій, що характеризуються високим рівнем ризику, напруженістю та постійним впливом стресогенних факторів. У своїй роботі рятувальники регулярно стикаються із загрозою для власного життя, спостерігають смерть, страждання, руйнування, що об'єктивно створює передумови для формування професійної психологічної травматизації [12].

Специфіка діяльності ДСНС визначається екстремальними умовами праці, високим рівнем відповідальності за життя інших людей, а також непередбачуваністю подій, що вимагають миттєвих рішень і самоконтролю. Такі ситуації часто супроводжуються емоційним перенапруженням, тривогою, страхом, відчуттям провини або безпорадності [47].

Професійна діяльність працівників Державної служби України з надзвичайних ситуацій (ДСНС) належить до екстремальних видів діяльності, у яких постійно присутні фактори ризику для життя, здоров'я та психічної стабільності особового складу. Рятувальники виконують службові обов'язки в умовах непередбачуваності, високої фізичної та емоційної напруги, часто маючи обмежений час на прийняття рішень, що впливають на життя інших людей [20].

До основних стресогенних чинників професійного середовища належать [16]:

1. Ризик для життя та здоров'я. Участь у пожежах, техногенних аваріях, вибухах, рятувальних операціях завжди супроводжується потенційною загрозою для власного життя. Постійне усвідомлення цієї небезпеки формує хронічний фоновий стрес, який може призводити до порушень сну, підвищеної тривожності, гіпервідповідальності або, навпаки, емоційного відчуження.

2. Безпосередній контакт із травмованими чи загиблими. Робота з пораненими, тілами загиблих або важко постраждалими особами створює потужний емоційний шок. Такі ситуації часто викликають у рятувальників внутрішні морально-етичні конфлікти, почуття провини або безсилля, особливо у випадках, коли врятувати людину не вдалося [3].

3. Переживання безпорадності постраждалих. Спостереження людських страждань, паніки, горя та розпачу постраждалих осіб чинить глибокий вплив на емоційний стан рятувальників. Постійне співпереживання в таких умовах формує високу емпатійну напругу, що є передумовою розвитку втоми від співчуття або вторинної травматизації.

4. Хронічна нестача ресурсів і часу. Робота у надзвичайних умовах зазвичай супроводжується дефіцитом матеріально-технічного забезпечення, обмеженнями у відпочинку та відновленні сил, що сприяє кумулятивному виснаженню.

5. Соціальна невизначеність та низька суспільна оцінка праці. Недостатнє визнання суспільством ризиків, яким піддаються рятувальники, а також фінансові та організаційні труднощі можуть призводити до фрустрації та зниження професійної мотивації [3].

Таким чином, сукупність цих чинників створює високий рівень професійної травматизації, який вимагає спеціальних програм психологічної підтримки та систематичного моніторингу психоемоційного стану працівників [12].

Діяльність рятувальника вимагає комплексу професійно важливих якостей, які забезпечують ефективність роботи в умовах постійного ризику та стресу [13]. Психологічний портрет працівника ДСНС визначається високими вимогами до емоційної, когнітивної та вольової сфер особистості.

Серед ключових психологічних характеристик, що є необхідними для успішного професійного функціонування фахівців екстремальних професій (зокрема працівників ДСНС), у науковій літературі виокремлюють комплекс взаємопов'язаних якостей, які забезпечують ефективність дій у кризових ситуаціях та знижують ризик психологічної дезадаптації [38]. Передусім важливою умовою результативної діяльності виступає емоційна стійкість, яка проявляється у здатності зберігати самоконтроль у критичних умовах, регулювати інтенсивність страху, тривоги чи гніву та не дозволяти емоціям домінувати над раціональною оцінкою ситуації. Саме емоційна стійкість запобігає панічним реакціям, хаотичним діям і прийняттю неадекватних рішень, що є особливо небезпечним у ситуаціях загрози життю.

Не менш значущою характеристикою є швидкість і точність реакцій, оскільки професійні завдання рятувальника передбачають оперативне орієнтування у складній ситуації, швидкий аналіз обставин, оцінювання ризиків

і ухвалення рішення за умов обмеженого часу. У реальних умовах надзвичайних ситуацій навіть незначна затримка або помилка можуть мати критичні наслідки, тому психофізіологічна готовність до миттєвого реагування є однією з базових професійних вимог.

Важливим компонентом професійної надійності є високий рівень відповідальності та дисциплінованості, що забезпечує здатність діяти відповідно до інструкцій, стандартів безпеки й командних алгоритмів. Дисциплінованість сприяє узгодженості дій у межах підрозділу, знижує імпульсивність і ризик поведінкових зривів у складних умовах. Відповідальність у цьому контексті означає не лише особисту сумлінність, а й готовність усвідомлювати наслідки власних рішень та дій у ситуаціях підвищеної небезпеки.

Окремо підкреслюється значущість розвиненого почуття емпатії, адже рятувальники постійно взаємодіють з людьми, які перебувають у стані страху, розпачу, болю та шоку. Емпатійність дозволяє встановлювати контакт, надавати психологічну підтримку, знижувати рівень паніки у постраждалих, формувати довіру й забезпечувати ефективну взаємодію. Водночас професійна емпатія повинна поєднуватися з емоційною стабільністю, адже надмірне «включення» у чужі страждання без навичок саморегуляції може підвищувати ризик вторинної травматизації.

Суттєве місце в структурі психологічної готовності займають стресостійкість і психологічна гнучкість, що передбачають здатність витримувати високий рівень напруження без втрати працездатності, а також швидко відновлювати психічну рівновагу після кризових подій. Психологічна гнучкість проявляється у здатності адаптуватися до нових умов, змінювати стратегії поведінки залежно від ситуації, не «застигаючи» у ригідних реакціях. Саме ці якості виступають провідними захисними чинниками, які знижують імовірність хронічного стресового виснаження та посттравматичних розладів.

Не менш важливою характеристикою є командна взаємодія, оскільки робота у ДСНС передбачає злагоджені дії, кооперацію, довіру до колег і

готовність брати на себе частину колективної відповідальності. Розвинені комунікативні навички, здатність координувати свої дії з іншими та підтримувати взаєморозуміння у підрозділі істотно підсилюють ефективність діяльності, особливо в умовах підвищеного ризику [44].

Порушення або недостатність будь-якого з вищезазначених компонентів може суттєво підвищувати психологічну вразливість фахівця, створюючи підґрунтя для розвитку посттравматичних реакцій, професійного вигорання та емоційної дезадаптації [7]. Саме тому система добору кадрів у ДСНС, як правило, супроводжується психологічним тестуванням, а в процесі служби доцільними є регулярні психодіагностичні оцінки, спрямовані на виявлення ранніх ознак стресового виснаження та психоемоційних порушень. Такий моніторинг має профілактичне значення, оскільки дозволяє вчасно застосовувати заходи підтримки та корекції.

Окремо слід наголосити, що постійна взаємодія з травматичними подіями формує так званий кумулятивний ефект стресу, коли навіть за відсутності однієї «катастрофічної» ситуації систематичне накопичення напруги поступово виснажує психологічні ресурси фахівця. З часом це може призводити до професійного вигорання, формування ПТСР, депресивних станів і стійкого емоційного виснаження. До найбільш значущих психотравмуючих чинників у діяльності рятувальників належать безпосередня участь у рятувальних або ліквідаційних роботах із численними жертвами, високий рівень відповідальності за результат у кризових умовах, а також дефіцит ресурсів – часу, технічних можливостей, підтримки або людських сил. Вагомим фактором травматизації є і контакт із тілесними ушкодженнями, смертю, сильним болем та емоційними реакціями постраждалих, що може зумовлювати розвиток вторинної травматизації. Окрім того, рятувальники нерідко стикаються з моральними дилемами, коли службові вимоги чи обставини події суперечать особистим цінностям, що формує внутрішній конфлікт і додаткове психічне навантаження [11].

Отже, ефективність професійної діяльності працівників ДСНС значною мірою визначається рівнем сформованості емоційної стійкості, стресостійкості, психологічної гнучкості, дисциплінованості, емпатійності та здатності до командної взаємодії. Водночас екстремальні умови служби є фактором високого психологічного ризику, що вимагає системної профілактики стресового виснаження, підтримки психічного здоров'я та регулярного психологічного супроводу персоналу [7; 15].

Крім того, важливою складовою є соціально-психологічний клімат у колективі та організаційна культура, які можуть або пом'якшувати, або посилювати наслідки травматичного досвіду [2].

Професійна травматизація рятувальників не є виключно індивідуальною проблемою – вона має чіткий соціально-організаційний вимір [8]. Дослідження у сфері психотравматології та психології екстремальних професій переконливо доводять, що організаційні умови служби є не менш значущими для психологічної стійкості працівників, ніж індивідуальні особистісні ресурси. Зокрема, організаційна культура підрозділу, стиль лідерства та рівень соціальної підтримки виступають вирішальними чинниками, які здатні суттєво пом'якшувати психологічні наслідки травматичного досвіду, знижувати ризик вторинної травматизації та сприяти більш ефективному відновленню після кризових подій.

Передусім важливу роль відіграє організаційна культура, оскільки саме вона визначає, які психологічні «правила» діють у колективі: чи є прийнятною відкритість щодо емоційних труднощів, чи дозволено звертатися по допомогу, чи підтримується взаємна турбота та співпереживання. У підрозділах із закритою або жорстко авторитарною культурою часто домінує установка на емоційне стримування («сильний не плаче», «не можна показувати слабкість»), що сприяє приховуванню переживань, емоційному пригніченню і накопиченню внутрішньої напруги. У довготривалій перспективі це підвищує ризик психічного виснаження, вигорання, а також розвитку посттравматичних реакцій. Натомість гуманістично орієнтована організаційна культура, де

визнається нормальність емоційних реакцій на травму і підтримується можливість обговорення пережитого, формує психологічно безпечне середовище. Такий клімат сприяє ранньому виявленню стресових порушень, знижує напругу у персоналу та виступає потужним захисним чинником.

Другим визначальним фактором є соціальна підтримка з боку колег та керівництва, яка виконує так звану буферну функцію між травматичною подією та її наслідками. Відчуття згуртованості, командної єдності, довіри та розуміння того, що «я не один/одна», допомагає працівникам ДСНС легше витримувати стрес і підтримувати емоційну рівновагу навіть після складних виїздів. Особливо значущими є неформальні комунікації між членами підрозділу – розмови після виконаних завдань, обмін досвідом, можливість проговорити емоції без осуду. Саме такі форми взаємодії сприяють емоційному розвантаженню, нормалізації переживань та зменшенню відчуття внутрішньої ізоляції, яка є одним з факторів поглиблення травматичних реакцій.

Третім важливим компонентом системи психологічної безпеки у ДСНС виступає психологічна служба, що є спеціалізованим інструментом профілактики та подолання наслідків травматизації. Її діяльність охоплює проведення психодіагностики, моніторинг психоемоційного стану персоналу, кризові інтервенції після надзвичайних ситуацій, організацію тренінгів зі стресостійкості, саморегуляції та емоційного відновлення. Крім того, психологічна служба забезпечує індивідуальні консультації працівникам, які пережили складні або особливо травматичні події, що є критично важливим для профілактики хроніфікації стресових реакцій. Наявність системного психологічного супроводу дозволяє не лише знижувати рівень професійного вигорання, а й підвищувати ефективність відновлення після стресу, формувати навички психологічної самопомоги та суттєво зменшувати ймовірність розвитку ПТСР [17].

Таким чином, психологічна стійкість працівників ДСНС значною мірою формується не тільки індивідуальними ресурсами, а й організаційним середовищем, у якому людина працює. Підтримувальна культура підрозділу,

довіра у команді, адекватне лідерство та функціонування психологічної служби створюють умови, що допомагають зберігати психічне здоров'я, запобігати стресовому виснаженню та забезпечувати ефективне професійне функціонування у високоризикових умовах.

### **1.3. Індивідуальні та особистісні чинники, що впливають на переживання травматичного досвіду**

Переживання травматичного досвіду є індивідуально зумовленим процесом, на який впливають як особистісні характеристики людини, так і попередній життєвий та професійний досвід. Одні працівники ДСНС після екстремальних подій демонструють високий рівень стресостійкості, інші – схильність до розвитку посттравматичних симптомів.

Копінг-стратегії – це усвідомлені поведінкові й когнітивні дії, спрямовані на подолання або зниження впливу стресових подій. Вони є ключовим фактором у формуванні психологічної стійкості рятувальників. Виділяють три основні типи копінг-поведінки (за Р. Лазарусом і С. Фолкман) [47]:

1. Проблемно-орієнтовані стратегії – спрямовані на активне вирішення ситуації (аналіз, планування, пошук рішень). У діяльності працівників ДСНС вони проявляються у прагненні діяти конструктивно, зберігати раціональність і контроль навіть у критичних умовах. Такий тип копінгу знижує рівень безпорадності та тривоги.

2. Емоційно-орієнтовані стратегії – спрямовані на регуляцію емоційного стану (пошук підтримки, відволікання, емоційне розвантаження). У помірних межах вони мають адаптивне значення, однак надмірне використання емоційного уникнення або заперечення може сприяти накопиченню напруження та формуванню посттравматичних реакцій.

3. Унікальні або дезадаптивні стратегії – це заперечення проблеми, агресивність, вживання алкоголю, емоційна ізоляція. Вони тимчасово

знижують напруження, але у перспективі ведуть до емоційного вигорання та поглиблення травматизації [13].

Паралельно з копінг-стратегіями діють механізми психологічного захисту (за А. Фрейдом, В. Келлером, Дж. Вайантом). Це неусвідомлені психічні процеси, що допомагають зберегти цілісність «Я» у травматичних обставинах[3].

У професійній діяльності рятувальників, які регулярно стикаються з небезпекою, людськими стражданнями та ситуаціями високої відповідальності, психіка змушена швидко знаходити способи збереження внутрішньої рівноваги та працездатності. Саме тому дослідники зазначають, що в цій категорії фахівців доволі часто активізуються психологічні захисні механізми, які виконують функцію своєрідного «буфера» між травмуючим досвідом і особистістю, знижуючи інтенсивність емоційного болю та допомагаючи адаптуватися до професійних стресорів [7]. Такі механізми не є патологією самі по собі – у помірних межах вони виступають нормальними засобами психічної саморегуляції, однак їх надмірне використання може сприяти емоційному пригніченню та накопиченню внутрішньої напруги.

Одним із найбільш поширених механізмів у рятувальників є раціоналізація, тобто прагнення пояснити травматичні події через логічні аргументи, що дозволяє зменшити емоційне навантаження та уникнути болісного проживання втрати чи безсилля. Типовими є внутрішні або зовнішні формулювання на кшталт: «я зробив усе можливе», «за цих умов інакше бути не могло», «це була об'єктивна ситуація». Раціоналізація допомагає зберігати професійну адекватність, приймати події як частину роботи та не руйнуватися під вагою переживань.

Також характерним механізмом є ізоляція афекту, коли емоційний компонент ніби відокремлюється від спогаду. Рятувальник може досить спокійно, «сухо» описувати подію, не демонструючи сильних почуттів, хоча сама ситуація була об'єктивно травматичною. Цей механізм дозволяє підтримувати працездатність у момент виконання завдання і після нього, але

водночас може призводити до емоційного «оніміння», труднощів у вираженні почуттів і зниження здатності до емпатійного контакту поза межами професійної ролі.

Ще одним важливим механізмом є компенсація, яка проявляється у посиленні професійної активності як способі впоратися з внутрішнім напруженням. Рятувальник може брати на себе більше завдань, прагнути довести свою ефективність, демонструвати надмірну залученість у роботу, щоб зменшити почуття провини, безсилля або невпевненості. Така стратегія певний час підтримує відчуття контролю, однак при тривалому застосуванні підвищує ризик перевтоми та професійного вигорання.

Окремо виокремлюють сублімацію як один із найбільш конструктивних захисних механізмів. Вона полягає у перетворенні негативних емоцій на соціально прийнятні та корисні форми прояву. У рятувальників це може виявлятися через професійний гумор і жарти, які знімають напруження, через активну допомогу іншим, підтримку колег, волонтерство або підвищену орієнтацію на корисну діяльність. Сублімація дозволяє «переробити» психоемоційний біль, не заперечуючи його, а трансформуючи у форми, які підтримують як особистість, так і соціальне середовище [50].

Таким чином, раціоналізація, ізоляція афекту, компенсація та сублімація є типовими психологічними механізмами, що допомагають рятувальникам зберігати функціональність у ситуаціях високого ризику. Вони слугують важливими інструментами адаптації до екстремальної професійної діяльності, проте потребують усвідомлення та психологічного супроводу, щоб не перетворюватися на чинники хронічного емоційного виснаження [3].

Адаптивність копіngu і захисних механізмів визначає рівень стресостійкості: у тих, хто вміє ефективно регулювати емоції, травматичні події рідше призводять до ПТСР чи професійного вигорання [22].

Одними з ключових особистісних ресурсів, що знижують негативні наслідки травматизації, є життестійкість (*hardiness*) і резильєнтність (*resilience*) [16].

Життестійкість і резильєнтність належать до провідних психологічних ресурсів, які забезпечують адаптацію людини до екстремальних умов, збереження професійної ефективності та профілактику негативних наслідків травматичного досвіду. У межах концепції С. Мадді життестійкість (*hardiness*) розглядається як особистісна установка, що дає змогу сприймати стресові події не як руйнівну загрозу, а як виклик, який можна подолати і використати як потенціал для розвитку. Це не означає заперечення труднощів чи болю – навпаки, життестійкість передбачає активну психологічну позицію: людина не «ламається» під тиском обставин, а прагне зберегти внутрішню опору і діяти навіть тоді, коли ситуація є невизначеною або небезпечною.

У структурі життестійкості С. Мадді виокремлює три взаємопов'язані компоненти [7]. Першим виступає залученість (*commitment*) – здатність залишатися активним учасником власного життя, відчувати його смисл і не втрачати включеність у професійні й соціальні ролі навіть у кризових умовах. Залученість запобігає психологічному «відключенню» та апатії, підтримує мотивацію до дії і відчуття значущості власного внеску. Другим компонентом є контроль (*control*), який полягає у вірі людини у можливість впливати на події та керувати принаймні частиною ситуації. Це прояв внутрішнього локусу контролю, коли особа не зводить усе до фатальної випадковості, а зберігає переконання: «від мене щось залежить». Третім компонентом є прийняття виклику (*challenge*) – схильність сприймати труднощі як можливість навчання, набуття досвіду, внутрішнього зростання, а не як катастрофу чи кінець звичного світу. Саме цей компонент формує психологічну готовність до змін і знижує рівень руйнівного страху перед невизначеністю. Дослідження вказують, що рятувальники з високим рівнем життестійкості демонструють кращу адаптацію до екстремальних умов, мають нижчу схильність до посттравматичних порушень і швидше відновлюються після стресових ситуацій [21].

Близьким за змістом, але окремим феноменом виступає резильєнтність (*resilience*) – здатність до психологічного відновлення після травматичних

подій. Резильєнтність відображає не лише опір труднощам, а насамперед збереження внутрішньої цілісності, здатність повернутися до відносної рівноваги й функціонування навіть після сильних потрясінь. Вона є динамічним ресурсом, який допомагає людині не застрягати в травмі, а інтегрувати пережите у власний досвід без руйнування особистості. До основних складових резильєнтності відносять гнучкість мислення, що проявляється у здатності бачити ситуацію з різних точок зору, переосмислювати події, змінювати інтерпретації й знаходити альтернативні шляхи подолання [19]. Значущою є також оптимістична орієнтація, тобто позитивне очікування щодо майбутнього та віра у можливість змін на краще. Важливим ресурсом виступає самоефективність – переконання людини у власній здатності справлятися зі стресом і впливати на результат, що підсилює активні копінг-стратегії. Нарешті, потужним фактором резильєнтності є соціальні зв'язки – наявність підтримки з боку сім'ї, колег, друзів, керівництва, які створюють відчуття безпеки й знижують ризик ізоляції. Наукові дані свідчать, що резильєнтні рятувальники частіше демонструють феномен посттравматичного зростання – здатність після кризових подій знаходити нові смисли, глибше цінувати життя і покращувати стосунки з іншими [7].

Психологічна стійкість рятувальників формується під впливом комплексу індивідуально-психологічних чинників, що визначають силу адаптаційних можливостей особистості [10]. До них належать тип нервової системи (сила, врівноваженість, рухливість нервових процесів), що впливає на швидкість та якість реагування у стресі; емоційна стабільність і саморегуляція, які забезпечують контроль над афектами, тривогою чи агресією; когнітивні особливості, зокрема реалістичність сприйняття ситуації та оцінка ступеня контролю над подіями. Важливе значення має попередній досвід подолання стресу – сформовані копінг-стратегії, навички адаптації, звичка діяти в умовах невизначеності. Не менш суттєвим чинником є рівень рефлексії, тобто здатність усвідомлювати власні переживання, розпізнавати емоційні стани й своєчасно звертатися по підтримку, не доводячи себе до виснаження.

Окрім індивідуальних характеристик, значну роль відіграють особистісні та соціально-психологічні чинники, які виступають основою смислової стійкості [9]. Серед них провідними є система цінностей і мотиваційна спрямованість, зокрема професійний обов'язок, альтруїзм, прагнення допомагати іншим – ці мотиви підсилюють відчуття смислу й важливості професії. Високе значення має самоповага та самоефективність, адже віра у власні сили підвищує готовність до активного подолання труднощів. Важливою є і психологічна гнучкість, що дозволяє швидко адаптувати поведінку до мінливих умов, а також стиль спілкування та взаємодії у колективі, що визначає рівень довіри, згуртованості й можливість емоційної підтримки. Дослідження демонструють, що наявність конструктивних копінг-стратегій (пошук підтримки, аналіз ситуації, навички саморегуляції) знижує ризик розвитку деструктивних реакцій, тоді як уникання, заперечення чи самозвинувачення навпаки посилюють негативні наслідки травми [28].

Окремо слід підкреслити, що після участі у надзвичайних подіях одним із найважливіших факторів психологічного відновлення працівників ДСНС є система соціальної підтримки, насамперед сімейної, колективної та суспільної [15]. Сімейна підтримка забезпечує емоційне прийняття, розуміння, стабільність і виконує роль своєрідного «психологічного тилу», що допомагає знизити тривожність, повернути відчуття безпеки й власної значущості. Водночас відсутність такого ресурсу (конфлікти, байдужість, нерозуміння, ізоляція) може посилювати симптоми ПТСР, почуття самотності та відчуження. Значущою є і підтримка з боку колег, оскільки командна взаємодія допомагає нормалізувати переживання через обмін досвідом, обговорення складних виїздів, групові ритуали пам'яті чи взаємну підтримку. Практика peer support («підтримка рівними») доводить свою ефективність, адже рятувальникам психологічно легше відкриватися тим, хто має аналогічний професійний досвід і здатний зрозуміти без пояснень. Нарешті, важливим чинником є суспільна підтримка та визнання, що включає позитивний образ рятувальника у медіа, публічне схвалення діяльності, нагороди, соціальні гарантії. Такі фактори

підсилюють відчуття самоцінності, гордості за професію та зміцнюють мотивацію, що має суттєве значення для психологічної реабілітації та профілактики емоційного виснаження.

Таким чином, життєстійкість і резильєнтність виступають ключовими психологічними ресурсами працівників ДСНС, формуються під впливом індивідуальних властивостей, копінг-стратегій, цінностей і соціальної підтримки та забезпечують здатність не лише витримувати екстремальні умови, а й відновлюватися, зберігати професійну ефективність і потенціал до посттравматичного зростання.

### **Висновки до першого розділу**

Професійна діяльність працівників Державної служби України з надзвичайних ситуацій належить до категорії високоризикових та психоемоційно напружених видів праці, оскільки здійснюється в умовах постійної потенційної загрози життю, дефіциту часу, підвищеної відповідальності й необхідності діяти у середовищі небезпеки. Виконання службових завдань нерідко передбачає контакт із травмованими або загиблими людьми, спостереження тяжких наслідків катастроф і надзвичайних подій, що формує високий рівень психотравмуючого впливу. Така специфіка професії створює передумови для накопичення травматичного досвіду, який може зумовлювати як короткочасні стресові реакції, так і стійкі довготривалі порушення психічного функціонування.

Травматичний досвід у рятувальників проявляється у вигляді дисбалансу емоційної регуляції, підвищеної тривожності, відчуття безсилля або безпорадності, симптомів емоційного та професійного вигорання, а також може набувати клінічно значущих форм, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Вираженість, тривалість і характер психотравматичних реакцій мають індивідуальну варіативність і значною мірою залежать від особистісних

властивостей, попереднього досвіду подолання стресу, рівня сформованості навичок саморегуляції та наявності психологічних ресурсів адаптації.

До провідних стресогенних чинників професійної діяльності працівників ДСНС належать: постійна загроза фізичній безпеці, потреба у швидкому ухваленні рішень у критичних умовах, морально-психологічна напруга, пов'язана зі спостереженням людських страждань та смертності, обмеженість матеріально-технічних і часових ресурсів, а також дефіцит зовнішньої підтримки чи недостатня суспільна оцінка значущості їхньої праці. Кумулятивний вплив зазначених факторів створює високий ризик професійної травматизації, виснаження адаптаційних механізмів і формування дезадаптивних психічних станів.

Разом із тим вирішальне значення у процесі подолання наслідків травматичного досвіду мають індивідуально-психологічні характеристики особистості. Найвагомими ресурсами психологічної стійкості рятувальників виступають емоційна стабільність, життєстійкість (*hardiness*), резильєнтність, оптимістична установка, сформований самоконтроль, здатність до рефлексії та конструктивні копінг-стратегії. Працівники з високим рівнем зазначених якостей, як правило, демонструють більш ефективну адаптацію після кризових подій, нижчий рівень посттравматичних проявів, а також вищу здатність до відновлення психологічної рівноваги.

Поряд із особистісними ресурсами суттєву роль у переживанні психотравматичних подій відіграє соціальний контекст. Сімейна підтримка, командна згуртованість, довірчі взаємини з колегами та керівництвом, а також гуманістично орієнтована організаційна культура виконують буферну функцію щодо стресового впливу, знижують рівень емоційного виснаження та сприяють більш швидкому психологічному відновленню. Наявність стабільного соціального ресурсу зменшує ризик ізоляції, нормалізує переживання та підсилює відчуття безпеки й значущості професійної ролі.

У цьому зв'язку психологічний супровід у системі ДСНС повинен розглядатися як необхідний елемент забезпечення професійного здоров'я

персоналу. Він має бути спрямований на профілактику професійної травматизації, розвиток навичок саморегуляції та психоемоційного відновлення, формування культури своєчасного звернення по психологічну допомогу, а також створення організаційних умов для емоційного розвантаження після участі у надзвичайних ситуаціях. Ефективними інструментами в цьому контексті є регулярний психодіагностичний моніторинг, кризові інтервенції, тренінгові програми стресостійкості, інтервізійні та супервізійні форми роботи.

Таким чином, ефективне подолання травматичного досвіду у працівників ДСНС можливе за умови реалізації комплексного підходу, який передбачає розвиток індивідуальних психологічних ресурсів, підтримку на рівні колективу й організаційного середовища та забезпечення системної професійної психологічної допомоги і реабілітації.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ У ПРАЦІВНИКІВ ДСНС

#### 2.1. Стратегія, методи і методики дослідження особливостей переживання травматичного досвіду у працівників ДСНС

Відповідно до основної першої частини мети дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості переживання травматичного досвіду у працівників ДСНС та розробити рекомендації для їх психологічної підтримки. – та його завдань, було сформовано репрезентативну вибірку й підібрано валідні та надійні методики дослідження.

Емпірична база дослідження. Вибірка склала 60 осіб чоловічої статі, працівники Аварійно-рятувального загону спеціального призначення головного управління державної служби України з надзвичайних ситуацій у Харківській області. Віковий діапазон самих досліджуваних від 23 до 58 років, мають різні військові звання та досвід роботи. Усі досліджувані проживають в місті Харкові або Харківській області.

У обробці даних було також застосовано методи математичної статистики: описові статистики – для характеристики основних тенденцій вибірки, кореляційний аналіз за Пірсоном – для виявлення взаємозв'язків між рівнем ПТСР і копінг-стратегіями. Всі розрахунки здійснювалися за допомогою програми Microsoft Excel 2010.

Для комплексного вивчення особливостей переживання травматичного досвіду у працівників ДСНС доцільно застосувати батарею стандартизованих психодіагностичних методик, які дозволяють оцінити як вираженість травматичної симптоматики, так і професійно-психологічні наслідки, ресурси відновлення та індивідуальні стратегії подолання стресу. У межах даного дослідження найбільш обґрунтованим є використання таких інструментів: Контрольного списку симптомів посттравматичного стресового розладу за

DSM-5 (PCL-5), Шкали професійної якості життя (ProQOL-5), Шкали резильєнтності Коннора–Девідсона (CD-RISC) та Короткого опитувальника стратегій подолання стресу (Brief COPE).

Контрольний список симптомів посттравматичного стресового розладу за DSM-5 (PCL-5) є одним із найпоширеніших та найбільш валідних інструментів для кількісної оцінки вираженості симптомів ПТСР відповідно до сучасних діагностичних критеріїв DSM-5. Методика дозволяє визначити частоту й інтенсивність ключових проявів посттравматичного реагування упродовж останнього місяця. Опитувальник охоплює чотири основні симптоматичні кластери: нав'язливі спогади та реколекції (intrusion), уникання (avoidance), негативні зміни у когнітивній сфері та настрої (negative alterations in cognition and mood) і гіперактивацію (hyperarousal). Респондент оцінює ступінь вираженості кожного симптому за шкалою інтенсивності, що забезпечує отримання загального показника та профілю симптоматики. PCL-5 є особливо цінним для досліджень у групах підвищеного ризику (військові, рятувальники, медики), оскільки дозволяє не лише виявити наявність травматичних реакцій, а й кількісно визначити їх рівень, порівнювати групи та аналізувати зв'язки з іншими психологічними змінними (копінг, резильєнтність, вигорання тощо).

Шкала професійної якості життя (ProQOL-5) призначена для оцінювання специфічних психологічних наслідків діяльності у допоміжних професіях, тобто тих, що передбачають регулярний контакт із людськими стражданнями, кризами та травматичними подіями. Методика є надзвичайно релевантною для працівників ДСНС, оскільки дозволяє дослідити баланс між ресурсними й виснажувальними компонентами професійної діяльності. ProQOL-5 містить три шкали: задоволення від співчуття (Compassion Satisfaction), яке відображає позитивну сторону професійної допомоги (відчуття значущості, користі, професійної реалізації); професійне вигорання (Burnout), що проявляється емоційним виснаженням, зниженням мотивації, відчуттям перевантаження і втрати сенсу праці; а також вторинний травматичний стрес (Secondary Traumatic Stress) – форму непрямої травматизації, пов'язаної з регулярним

спостереженням травми інших людей, що може супроводжуватися тривогою, нав'язливими думками, напруженням та симптомами, подібними до ПТСР. Таким чином, ProQOL-5 дає можливість оцінити, наскільки професійне середовище і характер служби сприяють виснаженню або, навпаки, підтримують психологічну ресурсність рятувальника.

Шкала резильєнтності Коннора–Девідсона (CD-RISC) є стандартизованим інструментом вимірювання психологічної стійкості та здатності до відновлення після стресових і травматичних впливів. Резильєнтність у межах цієї методики трактується як інтегральний особистісний ресурс, що відображає гнучкість у подоланні труднощів, здатність зберігати внутрішній контроль, оптимізм та готовність діяти попри загрозливі обставини. CD-RISC оцінює такі аспекти, як наполегливість, адаптивність, здатність відновлюватися після невдач, віра у власну ефективність, психічна витривалість та використання соціальної підтримки. В контексті дослідження працівників ДСНС ця методика є важливою, оскільки дозволяє визначити, які особистісні ресурси виступають психологічним захистом від травматизації, а також як резильєнтність пов'язана з рівнем ПТСР-симптомів, вигорання та вторинного травматичного стресу. Високі показники CD-RISC зазвичай асоціюються з кращим психологічним відновленням, нижчим рівнем дистресу та більшою ймовірністю конструктивного переживання кризового досвіду.

Короткий опитувальник стратегій подолання стресу (Brief COPE) є інструментом для діагностики копінг-поведінки – тобто способів, за допомогою яких людина намагається впоратися зі стресовою або травматичною ситуацією. Методика дозволяє оцінити широкий спектр стратегій подолання, серед яких можуть бути як адаптивні, так і дезадаптивні форми реагування. Зокрема, Brief COPE охоплює такі копінг-стратегії, як активне подолання проблеми, планування, пошук емоційної та інструментальної підтримки, позитивне переосмислення, прийняття ситуації, гумор, звернення до релігійних ресурсів, відволікання, заперечення, уникання, самозвинувачення та інші. Для працівників ДСНС аналіз копіngu є принципово важливим, оскільки саме

характер подолання стресу визначає ймовірність формування негативних наслідків травми: конструктивні стратегії (саморегуляція, підтримка, планування, осмислення) сприяють стабілізації психологічного стану, натомість уникання, заперечення, деструктивне відволікання чи самозвинувачення можуть підтримувати травматичні симптоми та підвищувати ризик вигорання або ПТСР. Отже, Brief COPE дає можливість не лише описати, як саме рятувальники справляються зі стресом, а й визначити психологічні механізми, що опосередковують переживання травматичного досвіду.

Таким чином, запропонований комплекс методик забезпечує цілісне емпіричне дослідження психологічного реагування працівників ДСНС на травматичний досвід. PCL-5 дозволяє оцінити рівень посттравматичної симптоматики, ProQOL-5 – визначити професійні наслідки та ризики вторинної травматизації, CD-RISC – дослідити ресурс резильєнтності як фактор психологічної стійкості, а Brief COPE – розкрити індивідуальні стратегії подолання стресу як механізми адаптації. Сукупно ці інструменти створюють надійну наукову основу для аналізу факторів ризику та захисту, а також для подальшої розробки практичних програм психологічного супроводу персоналу ДСНС.

## **2.2. Аналіз особливостей переживання травматичного досвіду у працівників ДСНС**

У цьому розділі представлено аналіз результатів за методиками. Діагностика проводилась в окремих групах: 1 група – до 5 років досвіду служби; 2 група – від 5 до 10 років служби; 3 група – більше 10 років служби

Такий підхід дозволяє виявити, як змінюється стиль подолання стресу залежно від професійного досвіду та контакту з травматичними подіями.

Таблиця 2.1

## Показники ПТСР-симптоматики за PCL-5 у групах

Шкали PCL-5	G1 (до 5 р.) n=20	G2 (5–10 р.) n=20	G3 (10+ р.) n=20
Загальний бал ПТСР-симптоматики	34,6 ± 10,2	31,8 ± 9,4	26,9 ± 8,1
Інтрузії (нав'язливі спогади, флешбеки)	9,3 ± 3,2	8,5 ± 3,0	7,1 ± 2,7
Уникання (уникання нагадувань)	5,8 ± 2,4	5,3 ± 2,0	4,4 ± 1,8
Негативні зміни у когніціях і настрої	10,1 ± 4,1	9,5 ± 3,8	8,0 ± 3,2
Гіперактивація (настороженість, порушення сну)	9,4 ± 3,7	8,5 ± 3,4	7,4 ± 3,0

За результатами застосування Контрольного списку симптомів посттравматичного стресового розладу за DSM-5 (PCL-5) було отримано кількісні показники вираженості посттравматичної симптоматики у трьох групах працівників ДСНС залежно від стажу професійної діяльності (табл. 2.1). Загалом дані таблиці демонструють закономірну тенденцію: зі збільшенням стажу роботи знижується рівень ПТСР-симптоматики, що може свідчити про поступове формування адаптивніших механізмів переживання травматичного досвіду, розвиток навичок психологічної саморегуляції, а також професійне «загартування» в умовах хронічного стресового навантаження.

Передусім показовими є відмінності за загальним балом ПТСР-симптоматики. Так, у групі G1 (стаж до 5 років) середній загальний бал становить  $34,6 \pm 10,2$ , що відповідає відносно вищому рівню проявів посттравматичних реакцій. У групі G2 (стаж 5–10 років) загальний показник дещо знижується і складає  $31,8 \pm 9,4$ , тоді як у групі G3 (стаж 10+ років) зафіксовано найбільш низьке значення –  $26,9 \pm 8,1$ . Таким чином, порівняння загальних балів дозволяє зробити висновок, що у працівників з тривалим стажем посттравматичні прояви в середньому є менш інтенсивними, а варіативність результатів також зменшується (що видно за меншою величиною стандартного відхилення), тобто група з досвідом 10 і більше років є більш психологічно стабільною за рівнем симптоматики.

Аналіз кластеру інтрузій (нав'язливих спогадів, флешбеків, повторного переживання травматичних подій) показав, що найбільш виражені такі симптоми у молодших за стажем респондентів. Зокрема, у групі G1 середній показник інтрузій становить  $9,3 \pm 3,2$ , у групі G2 –  $8,5 \pm 3,0$ , а у групі G3 –  $7,1 \pm 2,7$ . Зменшення інтрузій зі стажем можна пояснити тим, що з досвідом працівники ДСНС частіше формують психологічні механізми контролю над емоційними реакціями, краще розмежовують професійні події та особисте життя, а також набувають практик відновлення після важких виїздів. Крім того, у працівників із більшим стажем зростає здатність до «інтеграції» складного досвіду у власну життєву історію, що зменшує повторні нав'язливі спогади.

Схожа динаміка простежується і за показниками уникання – симптоматичного кластеру, що відображає прагнення уникати думок, ситуацій, розмов або будь-яких стимулів, які нагадують про травматичну подію. У групі G1 середній рівень уникання дорівнює  $5,8 \pm 2,4$ , у групі G2 –  $5,3 \pm 2,0$ , а у групі G3 –  $4,4 \pm 1,8$ . Отримані значення свідчать про те, що працівники з меншим стажем частіше застосовують уникання як короткочасний психологічний захист. Уникання може тимчасово знижувати емоційний біль, однак у довгостроковій перспективі воно підтримує травматичну симптоматику, оскільки травматичний досвід залишається психологічно не переробленим. Зменшення уникання у групі 10+ років може інтерпретуватися як ознака більш конструктивного прийняття професійної реальності та розвитку внутрішньої психологічної витривалості, коли рятувальник здатний «зустрічатися» з пережитим досвідом без надмірного витіснення.

Важливим компонентом ПТСР є негативні зміни у когніціях і настрої, що включають почуття провини, безнадії, негативні переконання про себе та світ, емоційне оніміння, відчуття відчуження. У групі G1 цей показник становить  $10,1 \pm 4,1$ , у G2 –  $9,5 \pm 3,8$ , у G3 –  $8,0 \pm 3,2$ . Виявлені відмінності демонструють, що найбільше когнітивно-емоційних змін притаманне працівникам з коротшим стажем, що може бути пов'язано із ще не сформованими адаптаційними уявленнями та недостатністю ефективних психологічних ресурсів для

переосмислення надзвичайних подій. Для молодих фахівців характерним є більш гостре переживання моральних дилем, сильні реакції на людський біль і втрати, що інколи спричиняє внутрішні конфлікти, самозвинувачення або зниження довіри до світу. Натомість у працівників із тривалішим стажем частіше формується професійна зрілість, психологічна дистанція без втрати гуманістичних цінностей, а також більш стійкі смислові орієнтири, що пом'якшує прояви негативних когнітивних змін.

Окремо слід розглянути кластер гіперактивації (підвищеної настороженості, подразливості, фізіологічного напруження та порушень сну). Цей компонент є надзвичайно значущим саме для працівників екстремальних професій, адже їхня діяльність об'єктивно передбачає мобілізацію та готовність до ризику. У групі G1 гіперактивація становить  $9,4 \pm 3,7$ , у групі G2 –  $8,5 \pm 3,4$ , у групі G3 –  $7,4 \pm 3,0$ . Тобто навіть у досвідчених рятувальників зберігаються прояви підвищеної психофізіологічної напруги, однак їх інтенсивність істотно нижча, ніж у працівників з малим стажем. Зниження гіперактивації може бути пов'язане з розвитком навичок саморегуляції, кращим керуванням тілесними реакціями на стрес (сон, дихання, контроль збудження), а також зі змінами у когнітивному оцінюванні загроз: досвідчені працівники частіше демонструють більш раціональне й контрольоване сприйняття ризику.

Таким чином, результати, наведені у таблиці 2.1, підтверджують наявність у працівників ДСНС посттравматичної симптоматики різного ступеня вираженості, однак також демонструють важливу закономірність: професійний стаж пов'язаний зі зниженням інтенсивності симптомів ПТСР як у загальному показнику, так і за всіма чотирма ключовими кластерами DSM-5. Отримані тенденції дозволяють припустити, що тривалий професійний досвід, за умови збереження психологічної підтримки та ресурсів, може виконувати не лише травматизуючу, а й адаптаційну функцію – сприяти розвитку психологічної стійкості, більш ефективних механізмів подолання та внутрішньої професійної зрілості.

Таблиця 2.2

## Показники професійної якості життя за ProQOL-5 у групах

Шкали ProQOL-5	G1 (до 5 р.) n=20	G2 (5–10 р.) n=20	G3 (10+ р.) n=20
Задоволення від співчуття (професійна значущість)	35,2 ± 5,8	38,1 ± 6,0	41,3 ± 5,5
Професійне вигорання	27,4 ± 6,2	29,8 ± 6,0	25,9 ± 5,7
Вторинний травматичний стрес	26,1 ± 6,4	24,5 ± 5,8	20,9 ± 5,2

Результати дослідження за методикою Шкала професійної якості життя (ProQOL-5) дозволили оцінити, яким чином працівники ДСНС різного стажу переживають професійну діяльність як джерело психологічних ресурсів і водночас як потенційний чинник емоційного виснаження. Методика є особливо інформативною саме для допоміжних професій, оскільки дає змогу комплексно відобразити три взаємопов'язані компоненти: позитивний (задоволення від допомоги) та два ризикові (професійне вигорання і вторинний травматичний стрес). Аналіз даних (табл. 2.2) демонструє чіткі міжгрупові тенденції, які відображають залежність професійної якості життя від стажу служби.

Передусім показовими є результати за шкалою «Задоволення від співчуття (професійна значущість)», що відображає позитивний аспект роботи – відчуття сенсу, корисності, гордості за професію, внутрішню мотивацію та психологічне підкріплення від надання допомоги іншим. Як видно з таблиці, цей показник послідовно зростає зі збільшенням стажу: у групі G1 (до 5 років) він становить  $35,2 \pm 5,8$ , у групі G2 (5–10 років) –  $38,1 \pm 6,0$ , а у групі G3 (10 і більше років) –  $41,3 \pm 5,5$ . Така динаміка може свідчити про поступове формування професійної ідентичності, стійкішого усвідомлення значущості своєї діяльності, а також накопичення досвіду успішного подолання кризових ситуацій. Із роками працівники ДСНС частіше досягають внутрішнього переконання, що їхня робота має реальний результат, що, у свою чергу, підсилює професійну мотивацію та сприяє збереженню психологічної ресурсності.

Друга шкала «Професійне вигорання» відображає рівень емоційного виснаження, втрати енергії, зниження мотивації та відчуття перевантаження професійними вимогами. На відміну від попереднього показника, результати за цією шкалою мають не лінійний, а хвилеподібний характер. У групі G1 середній показник вигорання становить  $27,4 \pm 6,2$ , у групі G2 він зростає до  $29,8 \pm 6,0$ , а у групі G3 знижується до  $25,9 \pm 5,7$ . Отримана тенденція є психологічно закономірною та досить типовою для екстремальних професій. Період 5–10 років служби може бути критичним з точки зору накопичення стресового навантаження: працівники вже мають достатній досвід, аби виконувати складні завдання, часто беруть на себе більше відповідальності, мають інтенсивну включеність у роботу, але водночас ще не завжди володіють сформованими стратегіями збереження ресурсів і психологічної дистанції. У групі з досвідом 10 і більше років, навпаки, вигорання знижується, що може свідчити про сформований професійний стиль, кращу саморегуляцію, психологічну стійкість та більш ефективні способи відновлення після стресових викликів.

Третя шкала «Вторинний травматичний стрес» є надзвичайно актуальною для рятувальників, оскільки відображає психологічні наслідки регулярного контакту з травмою інших людей: свідчення тяжких подій, людського болю, смертей, руйнувань. Вторинний травматичний стрес може супроводжуватися внутрішньою напруженістю, тривожністю, нав'язливими образами, підвищеною настороженістю, емоційним перевантаженням, тобто явищами, близькими за структурою до посттравматичних реакцій. У дослідженні спостерігається чітка тенденція до зменшення вторинної травматизації зі стажем: у групі G1 середнє значення становить  $26,1 \pm 6,4$ , у групі G2 –  $24,5 \pm 5,8$ , у групі G3 –  $20,9 \pm 5,2$ . Це може свідчити про те, що працівники з більшим професійним досвідом частіше формують психологічні механізми захисту від надмірного емпатійного залучення, краще відокремлюють професійний досвід від особистого емоційного життя та володіють більш конструктивними способами «переробки» стресу.

Узагальнюючи результати таблиці 2.2, можна зробити висновок, що професійна якість життя працівників ДСНС змінюється відповідно до стажу і має комплексний характер. З одного боку, професійний досвід підсилює ресурсні компоненти діяльності – зростає задоволення від співчуття й усвідомлення професійної значущості. З іншого боку, ризикові компоненти мають специфічну динаміку: професійне вигорання досягає максимуму у середньостажовій групі (5–10 років), а вторинний травматичний стрес найвищий у молодших за стажем працівників та поступово зменшується у досвідчених рятувальників. Отримані дані підкреслюють важливість системної профілактики емоційного виснаження саме на етапі «середнього стажу» та необхідність ранньої психологічної підтримки молодих співробітників для зниження ризику вторинної травматизації.

Таблиця 2.3

### Показники резильєнтності за CD-RISC у групах

Показник	G1 (до 5 р.) n=20	G2 (5–10 р.) n=20	G3 (10+ р.) n=20
Резильєнтність (загальний бал CD-RISC)	61,8 ± 10,6	69,4 ± 9,8	76,9 ± 8,7

Результати дослідження за Шкалою резильєнтності Коннора–Девідсона (CD-RISC) відображають рівень психологічної стійкості та здатності працівників ДСНС до відновлення після стресових і потенційно травматичних впливів. Резильєнтність у межах даної методики розглядається як інтегральний ресурс, що включає витривалість, гнучкість реагування, здатність зберігати контроль над поведінкою та емоціями, опору на внутрішні сили й соціальну підтримку. Для професій, пов'язаних із регулярним контактом з екстремальними ситуаціями, цей показник є одним із ключових чинників психологічної адаптації, адже безпосередньо визначає, наскільки ефективно людина переживає кризові події та повертається до стабільного функціонування.

Як видно з даних таблиці 2.3, у працівників ДСНС чітко простежується тенденція до зростання резильєнтності зі збільшенням професійного стажу. Зокрема, у групі G1 (стаж до 5 років) середнє значення загального показника CD-RISC становить  $61,8 \pm 10,6$ , що можна інтерпретувати як помірний рівень психологічної стійкості з достатньо високою варіативністю в межах групи. Значне стандартне відхилення свідчить про те, що молоді працівники є більш неоднорідними за рівнем адаптаційних ресурсів: частина респондентів демонструє достатньо високі показники резильєнтності, однак у значній частині ресурси ще перебувають на стадії формування, що підвищує уразливість до стресового виснаження та травматичних реакцій.

У групі G2 (стаж 5–10 років) резильєнтність виявилася більш вираженою і досягла  $69,4 \pm 9,8$ . Таке зростання може бути пояснене процесами професійного становлення: у цей період працівники накопичують досвід подолання складних подій, у них формуються ефективніші навички саморегуляції, зростає рівень самоефективності та впевненості у власній компетентності. Водночас у цій групі також зберігається певна варіативність показників, що може бути пов'язано з індивідуальними відмінностями у копінг-стратегіях та темпах психологічної адаптації до хронічного стресового навантаження.

Найвищі показники резильєнтності зафіксовано у групі G3 (стаж 10 і більше років), де середній бал становить  $76,9 \pm 8,7$ . Це свідчить про більш сформовану здатність до психологічного відновлення, внутрішню витривалість та стабільність у функціонуванні навіть у ситуаціях повторної травматизації. Зменшення стандартного відхилення у цій групі також вказує на більшу однорідність вибірки: рятувальники з тривалим стажем демонструють більш стабільний і «вирівняний» профіль психологічної стійкості, що може бути результатом тривалого відбору, накопичення адаптаційних ресурсів та професійної соціалізації в умовах екстремальної діяльності.

Таким чином, результати за методикою CD-RISC підтверджують, що професійний стаж у ДСНС пов'язаний зі зростанням резильєнтності, а отже – із

посиленням психологічного ресурсу протидії стресу і травматичним впливам. Працівники з більшим досвідом демонструють кращу здатність відновлювати рівновагу, ефективніше інтегрувати кризові події у професійний та життєвий досвід і підтримувати працездатність навіть за умов повторних екстремальних навантажень. Отримані дані також підтверджують необхідність цілеспрямованого розвитку резильєнтності у молодих працівників ДСНС через тренінги саморегуляції, психоосвітні заходи та системну підтримку з боку організації, оскільки саме на ранніх етапах служби психологічна стійкість ще не є достатньо сформованою і може потребувати додаткового супроводу.

Таблиця 2.4

### Профіль копінг-стратегій (Brief COPE) у групах

Копінг-показники	G1 (до 5 р.) n=20	G2 (5–10 р.) n=20	G3 (10+ р.) n=20
Проблемно-орієнтований копінг (активне подолання, планування)	18,1 ± 3,9	20,4 ± 3,6	22,7 ± 3,4
Емоційно-підтримувальний копінг (підтримка, прийняття, переосмислення)	19,0 ± 4,2	21,5 ± 4,0	23,9 ± 3,8
Уникання/дезадаптивний копінг (заперечення, самозвинувачення, відволікання)	17,2 ± 4,6	15,8 ± 4,1	13,1 ± 3,7

Результати дослідження за Коротким опитувальником стратегій подолання стресу дозволили проаналізувати специфіку копінг-поведінки працівників ДСНС залежно від тривалості професійного стажу. Копінг-стратегії відображають психологічні механізми, за допомогою яких людина регулює емоційний стан, приймає рішення та організовує поведінку у ситуаціях напруження або загрози. Для працівників рятувальних служб це питання є принципово важливим, оскільки саме обрані способи подолання стресу визначають, чи буде травматичний досвід інтегрований конструктивно, або ж стане основою для накопичення дистресу, емоційного виснаження та формування посттравматичних проявів. Дані, наведені у таблиці 2.4, демонструють чітку тенденцію: зі збільшенням стажу роботи зростають

адаптивні копінг-стратегії та зменшується використання дезадаптивних форм реагування, що узгоджується з уявленнями про поступове професійне становлення та розвиток психологічної стійкості.

Перший показник – проблемно-орієнтований копінг (активне подолання, планування) – відображає готовність особистості діяти раціонально, структурувати ситуацію, застосовувати конкретні кроки для вирішення проблеми та мобілізувати ресурси. У групі G1 (стаж до 5 років) середнє значення цього показника становить  $18,1 \pm 3,9$ , що свідчить про помірно виражену орієнтацію на активне вирішення стресових завдань. У групі G2 (5–10 років) проблемно-орієнтований копінг зростає до  $20,4 \pm 3,6$ , а у групі G3 (10+ років) досягає найвищого рівня –  $22,7 \pm 3,4$ . Така динаміка є логічною, адже досвідчені рятувальники частіше користуються стратегічним мисленням, краще прогнозують розвиток подій, вміють швидше оцінювати ризики та приймати рішення. Зниження стандартного відхилення у старшій групі також може свідчити про більш стабільний, професійно сформований стиль подолання стресу, який є характерним для більшості працівників із тривалим стажем.

Другий показник – емоційно-підтримувальний копінг (підтримка, прийняття, переосмислення) – відображає здатність людини опрацювати емоційний аспект стресової ситуації, не лише діючи, а й стабілізуючи внутрішній стан. Він включає звернення по соціальну підтримку, прийняття подій як факту професійної реальності, а також позитивне когнітивне переосмислення досвіду. Отримані результати демонструють виразне зростання цієї стратегії зі стажем:  $19,0 \pm 4,2$  у групі G1,  $21,5 \pm 4,0$  у групі G2 та  $23,9 \pm 3,8$  у групі G3. Це означає, що працівники з тривалим досвідом не лише «працюють із ситуацією», а й краще справляються з її емоційними наслідками: вміють проговорювати переживання, приймати професійні події без надмірного внутрішнього конфлікту, підтримувати психологічну рівновагу через соціальні контакти та осмислення пережитого. У контексті травматичного досвіду саме емоційно-підтримувальні стратегії є надзвичайно важливими, оскільки вони знижують ризик накопичення внутрішньої напруги та вторинної травматизації.

Натомість третій показник – уникання/дезадаптивний копінг (заперечення, самозвинувачення, відволікання) – демонструє протилежну тенденцію: його значення зменшується зі збільшенням стажу. У групі G1 середній показник становить  $17,2 \pm 4,6$ , що вказує на відносно часте застосування захисних стратегій уникання серед працівників із меншим досвідом. У групі G2 цей показник знижується до  $15,8 \pm 4,1$ , а у групі G3 – до  $13,1 \pm 3,7$ , що свідчить про значно рідше використання психологічної «втечі» від проблеми. Деадаптивний копінг є ризиковим, оскільки може тимчасово зменшувати емоційний дискомфорт, але не сприяє реальному опрацюванню пережитого досвіду. Заперечення, витіснення, самозвинувачення або уникання обговорення події у перспективі підтримують внутрішню напругу та підвищують імовірність розвитку посттравматичних симптомів. Отже, зменшення уникання у старшій групі може розглядатися як позитивний показник професійного та психологічного розвитку, що супроводжується більш конструктивними механізмами саморегуляції.

Таким чином, результати таблиці 2.4 підтверджують, що професійний стаж у ДСНС пов'язаний зі змінами копінг-поведінки в адаптивному напрямі. У працівників з тривалим досвідом більш виражені проблемно-орієнтовані та емоційно-підтримувальні стратегії подолання, тоді як частота використання уникання/дезадаптивного копінгу істотно зменшується. Це свідчить, що з роками служби працівники ДСНС набувають більш ефективних психологічних механізмів переживання професійного стресу, формують зрілий стиль реагування на кризові події та демонструють зниження уразливості до негативних наслідків травматичного досвіду. Одночасно отримані дані підкреслюють необхідність психологічного супроводу молодих працівників (до 5 років стажу), оскільки саме ця група є більш схильною до уникання та дезадаптивних форм подолання, що потенційно підвищує ризик професійної травматизації та емоційного виснаження.

Таблиця 2.5

### Кореляції між показниками психотравматизації, ресурсами та копінг-стратегіями

Показники	PCL-5	Задоволення від співчуття	Вигорання	Вторинний травм. стрес	Резильєнтність	Проблемно-ор. копінг	Емоційно-підтримувальний копінг	Уникання/дезадаптивний копінг
PCL-5 (ПТСР-симптоматика)	1,00	-0,46**	0,52**	0,67**	-0,58**	-0,41**	-0,49*	0,62**
Задоволення від співчуття	-0,46*	1,00	-0,39**	-0,44**	0,55**	0,47**	0,50**	-0,36**
Професійне вигорання	0,52*	-0,39**	1,00	0,49**	-0,51**	-0,34**	-0,38*	0,45**
Вторинний травматичний стрес	0,67*	-0,44**	0,49**	1,00	-0,56**	-0,31*	-0,40*	0,58**
Резильєнтність (CD-RISC)	-0,58*	0,55**	-0,51**	-0,56**	1,00	0,48**	0,52*	-0,50**
Проблемно-орієнтований копінг	-0,41*	0,47**	-0,34**	-0,31*	0,48**	1,00	0,55*	-0,29*
Емоційно-підтримувальний копінг	-0,49*	0,50**	-0,38**	-0,40**	0,52**	0,55**	1,00	-0,33**
Уникання/дезадаптивний копінг	0,62*	-0,36**	0,45**	0,58**	-0,50**	-0,29*	-0,33*	1,00

Для встановлення взаємозв'язків між проявами психотравматизації, професійними наслідками діяльності, психологічними ресурсами та стратегіями подолання стресу було проведено кореляційний аналіз за Пірсоном (N=60). Отримані результати підтвердили системний характер переживання травматичного досвіду у працівників ДСНС та виявили низку статистично значущих зв'язків, що відображають як ризикові, так і захисні чинники психологічного функціонування.

Найбільш виражені кореляції встановлено між ПТСР-симптоматикою (PCL-5) та показниками професійної травматизації. Так, PCL-5 продемонстрував сильний прямий зв'язок із вторинним травматичним стресом за ProQOL-5 ( $r=0,67$ ;  $p<0,01$ ), що підтверджує: чим вищою є інтенсивність травматичних переживань, тим більше працівники схильні до накопичення вторинної травматизації, емоційного напруження та симптомів непрямой

травми. Також виявлено статистично значущий зв'язок між PCL-5 і професійним вигоранням ( $r=0,52$ ;  $p<0,01$ ), що відображає взаємопов'язаність посттравматичного реагування з хронічним емоційним виснаженням у професійній діяльності.

Натомість із ресурсними показниками простежуються зворотні залежності. Зокрема, ПТСР-симптоматика має виражений негативний зв'язок із резильєнтністю (CD-RISC) ( $r=-0,58$ ;  $p<0,01$ ), що засвідчує роль психологічної стійкості як ключового захисного ресурсу: працівники з вищою резильєнтністю демонструють меншу інтенсивність посттравматичних проявів. Аналогічно, виявлено негативний зв'язок між PCL-5 та задоволенням від співчуття ( $r=-0,46$ ;  $p<0,01$ ), тобто зі зростанням травматичної симптоматики знижується відчуття професійної значущості, внутрішнього сенсу роботи й позитивного підкріплення від допомоги людям.

Важливі закономірності встановлені і в контексті копінг-стратегій. PCL-5 має сильний прямий зв'язок із униканням/дезадаптивним копінгом ( $r=0,62$ ;  $p<0,01$ ), що підтверджує: чим частіше працівники використовують заперечення, відволікання, самозвинувачення чи «втечу» від переживань, тим вищий рівень їх посттравматичної симптоматики. Водночас PCL-5 негативно корелює з проблемно-орієнтованим копінгом ( $r=-0,41$ ;  $p<0,01$ ) та емоційно-підтримувальним копінгом ( $r=-0,49$ ;  $p<0,01$ ), що демонструє захисну роль конструктивних стратегій подолання стресу, орієнтованих на активне вирішення проблеми, планування, пошук підтримки, прийняття та переосмислення.

Окремо слід підкреслити, що резильєнтність має статистично значущі позитивні зв'язки з конструктивними копінг-стратегіями: з проблемно-орієнтованим копінгом ( $r=0,48$ ;  $p<0,01$ ) і з емоційно-підтримувальним копінгом ( $r=0,52$ ;  $p<0,01$ ). Це підтверджує, що психологічна стійкість не є пасивною «витривалістю», а реалізується через активні механізми саморегуляції та адаптивні поведінкові моделі. Одночасно резильєнтність негативно пов'язана з униканням/дезадаптивним копінгом ( $r=-0,50$ ;  $p<0,01$ ), що вказує: більша

стійкість асоціюється з меншою схильністю до психологічного уникання та дезадаптації.

Крім того, професійне вигорання позитивно корелює з ПТСР-симптоматикою ( $r=0,52$ ;  $p<0,01$ ) та униканням ( $r=0,45$ ;  $p<0,01$ ), і негативно – із резильєнтністю ( $r=-0,51$ ;  $p<0,01$ ), що підтверджує багаторівневий характер емоційного виснаження у працівників ДСНС. Подібна тенденція виявлена і для вторинного травматичного стресу, який, з одного боку, має позитивний зв'язок із PCL-5 ( $r=0,67$ ;  $p<0,01$ ) та униканням ( $r=0,58$ ;  $p<0,01$ ), а з іншого – негативний із резильєнтністю ( $r=-0,56$ ;  $p<0,01$ ) і конструктивними копінгамі ( $r=-0,31$ ;  $p<0,05$ ;  $r=-0,40$ ;  $p<0,01$ ).

Таким чином, кореляційний аналіз за Пірсоном підтвердив, що переживання травматичного досвіду у працівників ДСНС визначається взаємодією ризикових факторів (вторинний травматичний стрес, вигорання, уникання/дезадаптивний копінг) та ресурсних чинників (резильєнтність, задоволення від професійної допомоги, проблемно-орієнтовані й емоційно-підтримувальні стратегії подолання). Найбільш значущими протективними факторами виявилися резильєнтність та конструктивні копінг-стратегії, що дозволяє розглядати їх як ключові мішені для психологічної профілактики та реабілітаційних програм у системі ДСНС.

### **2.3. Профілактична програма та практичні рекомендації для психологічної підтримки працівників ДСНС**

Первинна профілактика посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у працівників ДСНС розглядається як система цілеспрямованих організаційно-психологічних заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних форм реагування на травматичні події ще до формування стійких посттравматичних симптомів. Її ключовим завданням є зміцнення психологічної стійкості, розвиток навичок саморегуляції, формування адаптивних копінг-стратегій та підтримання ресурсів відновлення, що дозволяє працівникам

екстремальних професій ефективніше інтегрувати травматичний досвід без руйнівних наслідків для психічного здоров'я. Важливо підкреслити, що первинна профілактика є не разовим втручанням, а безперервним процесом, який має бути інтегрований у професійну підготовку та систему психологічного супроводу персоналу.

Отримані в межах емпіричного дослідження результати підтвердили, що особливості переживання травматичного досвіду у працівників ДСНС статистично пов'язані як зі стажем служби, так і з характером застосовуваних копінг-стратегій. Зокрема, виявлено, що підвищення професійного досвіду супроводжується зростанням резильєнтності та посиленням конструктивних способів подолання стресу, натомість у працівників із меншим стажем частіше фіксуються ознаки дезадаптивного копінгу та вищі показники психотравматичного реагування. Це дає підстави стверджувати, що профілактичні програми повинні бути диференційованими, тобто враховувати етап професійного становлення рятувальника, інтенсивність експозиції до стресогенних факторів та рівень сформованості психологічних ресурсів. Відтак первинна профілактика ПТСР у системі ДСНС має будуватися як структурована, поетапна і адаптована до професійного досвіду програма, яка поєднує психоосвітні, тренінгові та організаційні компоненти.

У структурі програм первинної профілактики ПТСР доцільно виокремлювати кілька взаємопов'язаних модулів, серед яких провідним виступає психоосвітній модуль, адже саме він формує основу для свідомого ставлення до власного психоемоційного стану та підвищує готовність працівників своєчасно застосовувати механізми самопомоги.

Психоосвіта виконує функцію не лише інформування, а й нормалізації переживань, зниження страху перед власними реакціями, руйнування стигматизованих уявлень («сильний не має права на слабкість») та формування психологічної компетентності у сфері травми. Працівники, які розуміють закономірності стресових реакцій, значно рідше демонструють уникання та заперечення, і натомість частіше використовують конструктивні копінг-

стратегії. Психоосвітній модуль повинен подаватися у доступній і професійно орієнтованій формі, без надлишкової теорії, але з чіткими алгоритмами: що відбувається з психікою у стресі, які реакції є нормальними, а які – небезпечними, і що конкретно робити у кожному випадку.

Основні теми психоосвітнього блоку мають включати: пояснення фізіологічних механізмів стресу та травми (активація симпатичної нервової системи, реакції «бий/тікай/завмири», вплив кортизолу та адреналіну); розгляд типових нормативних реакцій на травматичні події (перезбудження, порушення сну, емоційні коливання, нав'язливі спогади), які не завжди є патологією, а часто виступають короткотривалим адаптаційним механізмом психіки; характеристику ранніх проявів ПТСР, що потребують уваги (стійкі флешбеки, уникання, хронічне напруження, агресивність, відчуження), а також опис факторів ризику (частота травматичних подій, недостатність соціальної підтримки, високий рівень уникання, попередній травматичний досвід). Окремий акцент необхідно зробити на розмежуванні адаптивних і дезадаптивних копінг-стратегій – пояснити, що уникання, заперечення, емоційне «відключення» дають короткочасний ефект зниження напруги, але у довготривалій перспективі лише підсилюють симптоматику. Натомість активне подолання, планування, соціальна підтримка, прийняття і переосмислення є чинниками психологічної стійкості, що підтверджується емпіричними результатами дослідження. У межах психоосвіти також мають бути висвітлені можливості самодопомоги: дихальні техніки, короткі вправи стабілізації, режим відновлення, ритуали завершення «виїзду», елементи тілесної саморегуляції, ведення щоденника реакцій, а також алгоритм звернення по допомогу у разі потреби.

Як приклад практичного елементу психоосвітнього модулю ефективною є вправа «Карта власних реакцій», яка поєднує самоусвідомлення, нормалізацію та ранню профілактику. Працівникам пропонується згадати одну з найбільш складних ситуацій (виїзд на ДТП, пожежу, завали, бойові наслідки) та описати типові реакції після події за трьома вимірами: фізіологічним (наприклад:

тремор, тахікардія, напруження м'язів, головний біль), емоційним (тривога, гнів, апатія, відчай) і поведінковим (уникання розмов, підвищена дратівливість, порушення сну, потреба ізолюватися). Після цього психолог пояснює, які реакції є типовими та нормативними у гострій фазі стресу, а які можуть бути маркерами ускладненого реагування і потребують уваги чи додаткового супроводу. Важливо, що вправа не лише навчає розпізнавати симптоми, а й формує в учасників відчуття контролю: «я розумію, що зі мною відбувається і знаю, що робити». Метою такого підходу є нормалізація переживань, зниження стигматизації психологічних реакцій, розвиток уважності до власного стану та формування навички своєчасного виявлення перших проявів ПТСР.

Таким чином, психоосвітній модуль виступає базовим компонентом первинної профілактики ПТСР у ДСНС, оскільки забезпечує працівників науково обґрунтованими знаннями про стрес і травму, формує психологічну грамотність та створює основу для подальших тренінгових втручань, спрямованих на розвиток резильєнтності, саморегуляції і конструктивного копінгу. Саме психоосвіта є тим початковим рівнем профілактики, що дозволяє зменшити ризик хроніфікації травматичних реакцій та підвищити психологічну безпеку професійної діяльності рятувальників.

Первинна профілактика ПТСР у працівників ДСНС має включати не лише психоосвітні заходи, а й системні тренінгові програми, спрямовані на розвиток адаптивних копінг-стратегій, оскільки результати емпіричного дослідження підтвердили істотний зв'язок між типом копінгу та характером переживання травматичного досвіду. Зокрема, встановлено, що зростання ПТСР-симптоматики та вторинного травматичного стресу позитивно корелює з використанням уникання/деадаптивного копінгу, тоді як високий рівень резильєнтності та зниження травматичних проявів асоціюються з проблемно-орієнтованими й емоційно-підтримувальними стратегіями подолання. Відтак тренінги, орієнтовані на формування конструктивного копінгу, повинні розглядатися як ключовий інструмент профілактики, що дозволяє підвищити психологічну стійкість, зменшити ризик хроніфікації травматичних реакцій та

попередити розвиток посттравматичного розладу. Важливо, щоб такі тренінги мали модульну структуру, реалізовувалися системно, а їхній зміст був адаптований до реальних професійних завдань і умов служби рятувальників [5].

Тренінгові програми розвитку адаптивних копінг-стратегій доцільно будувати як послідовний комплекс взаємопов'язаних модулів, що поєднують психоедукацію, рефлексивний аналіз професійного досвіду, практичне відпрацювання навичок і формування індивідуальних планів стрес-менеджменту. На вступному модулі учасники ознайомлюються з метою тренінгу, правилами психологічної безпеки в групі, форматом конфіденційності та принципами взаємопідтримки. Проводиться коротка психоедукація щодо стресу, травматичного досвіду та копінг-стратегій, де акцент робиться на тому, що не стільки сама подія визначає наслідки травми, скільки спосіб переживання, інтерпретації та регуляції реакцій. Наступний, діагностично-рефлексивний модуль, спрямований на розвиток усвідомлення: працівники аналізують власні типові реакції на стрес, визначають індивідуальні копінг-стилі, обговорюють характерні труднощі служби (контакт із загибеллю, безсилля перед руйнуваннями, моральні дилеми, хронічний дефіцит відпочинку) та формують запит на конкретні навички, яких потребують. Центральним виступає навчально-практичний модуль, де через вправи, рольові ігри, моделювання службових ситуацій і групові дискусії відпрацьовуються адаптивні копінг-стратегії: планування вирішення проблем, самоконтроль, позитивна переоцінка, пошук соціальної підтримки, комунікативні навички для запиту допомоги. Далі йде ресурсний модуль, орієнтований на розвиток емоційної саморегуляції, зниження психофізіологічної напруги та відновлення ресурсу. Завершальним є підсумковий модуль, у межах якого учасники узагальнюють набуті навички, формують індивідуальні «плани копінгу» для кризових періодів, визначають ранні ознаки стресового виснаження та отримують зворотний зв'язок від групи й психолога.

Одним із провідних напрямів тренінгу є навчання проблемно-орієнтованим копінг-стратегіям, оскільки вони підсилюють відчуття контролю

та самоефективності, знижують рівень неконтрольованості ситуації та запобігають формуванню безпорадності. Цей компонент спрямований на розвиток здатності структуровано аналізувати стресову подію, визначати зони впливу та формувати план дій навіть у складних умовах. Ефективною практичною вправою є «Аналіз стресового епізоду», під час якої учасники описують реальну складну ситуацію з останніх викликів і послідовно відповідають на запитання: що було під моїм контролем; які дії допомогли впоратися; що можна було б змінити, якби ситуація повторилася [35]. Після індивідуального аналізу проводиться групове обговорення з модерацією психолога, що сприяє когнітивному упорядкуванню досвіду, зниженню самозвинувачення та формуванню професійної впевненості. Важливим результатом є переорієнтація рятувальника з емоційної реакції «я не впорався» на конструктивну позицію «я діяв максимально ефективно в заданих умовах».

Не менш значущим блоком є тренінг емоційно-орієнтованих (емоційно-підтримувальних) копінг-стратегій, які спрямовані на стабілізацію внутрішнього стану, підтримання емоційного балансу та зниження фізіологічної активації після інтенсивних подій. Даний напрям особливо актуальний для працівників зі стажем 5–10 років, оскільки у межах дослідження було зафіксовано тенденцію до підвищення емоційного виснаження саме на цьому етапі професійної адаптації. Практична робота включає техніки швидкого зниження напруги та відновлення контролю над тілом і диханням. Зокрема, ефективною є вправа «Глибоке дихання 4–6» (вдих на 4 рахунки, видих на 6), яка виконується у форматі коротких сесій під час зміни або одразу після інциденту. Така техніка сприяє зменшенню симпатичної активації, нормалізації серцевого ритму, зниженню напруження та стабілізації уваги, що має профілактичний ефект у контексті гострих стресових реакцій.

Окремим обов'язковим компонентом є розвиток навичок когнітивної реструктуризації, спрямованих на запобігання формуванню деструктивних інтерпретацій травматичних подій. Саме негативні автоматичні думки (самозвинувачення, катастрофізація, генералізація на кшталт «я винен», «це

було марно», «світ небезпечний») є психологічним механізмом, що підтримує як ПТСР-симптоматику, так і вигорання. У тренінгу доречно використовувати вправу «Заміна автоматичних думок», де на прикладі конкретної ситуації (наприклад, рятувальник не зміг витягнути людину з-під завалу) учасник виявляє автоматичну думку («я не впорався, я поганий фахівець») і формулює альтернативну раціональну інтерпретацію («існували об'єктивні обмеження, я зробив усе можливе в тих умовах»). Відпрацювання проводиться в парах або малих групах, що сприяє швидшій інтеріоризації навички та зменшенню моральної травматизації.

Зважаючи на те, що психотравматичний досвід рятувальників часто має психосоматичний компонент, необхідно включати у тренінг блок розвитку емоційної саморегуляції через тілесні техніки. Зокрема, для працівників зі стажем 10 і більше років, у яких частіше накопичуються соматизовані форми напруги (порушення сну, хронічна втома, м'язові затиски, головний біль), ефективними є тілесно-орієнтовані практики. Однією з дієвих є вправа «Сканування тіла» тривалістю 10–12 хвилин: рятувальники послідовно фокусують увагу на різних ділянках тіла, відмічаючи напруження та свідомо розслабляючи м'язи. Також важливим елементом кризової стабілізації є метод «заземлення», який повертає людину в «тут-і-зараз», знижуючи ризик дисоціативних проявів і психічного перенавантаження. Практика «5–4–3–2–1» передбачає називання 5 предметів, які людина бачить; 4, яких може торкнутися; 3, які чує; 2, які може відчутти нюхом; і 1, який може скуштувати. Це перемикає увагу на сенсорну реальність, знижує внутрішню паніку та сприяє відновленню контролю [20].

Окрім індивідуальних тренінгових заходів, первинна профілактика ПТСР у системі ДСНС повинна включати командно-орієнтовані інтервенції, що посилюють соціальну підтримку та зменшують ризик накопичення психоемоційної напруги. До таких практик належить дефузинг після критичних подій, який проводиться у проміжку 2–12 годин після інциденту і триває 20–40 хвилин. Його структура передбачає: фактичний опис події без оцінок;

проговорення емоційних реакцій; нормалізацію переживань психологом; короткий план подальших відновлювальних дій (сон, відпочинок, підтримка, заборона алкоголю). Не менш важливими є регулярні психологічні брифінги та «тім-чек» – короткі зустрічі на 5–10 хвилин перед і після зміни, які виконують функцію моніторингу стану й швидкого виявлення ознак виснаження. Запитання формату («що сьогодні може бути складним?», «які ресурси я маю?», «кому сьогодні потрібна підтримка?») допомагають створювати культуру звернення по допомогу та зміцнювати згуртованість.

З огляду на відмінності у психологічному профілі груп за стажем, доцільно формувати індивідуалізовані рекомендації. Для працівників зі стажем до 5 років характерними є підвищена тривожність, недостатня сформованість конструктивних копінгів і більша частота уникання, тому пріоритетом є тренінги проблемно-орієнтованого копінгу, регулярна психоосвіта щодо нормативних реакцій на стрес та вправи на емоційну регуляцію. Для групи 5–10 років ключовими ризиками стають емоційне виснаження та зростання професійного навантаження, тому особливого значення набувають когнітивна реструктуризація, розвиток усвідомленості, групові заняття з профілактики вигорання та нормалізація професійних меж. Для працівників зі стажем 10+ років більш типовими стають хронізація стресових реакцій і соматичні прояви, що обумовлює потребу в тілесно-орієнтованих практиках, супервізійній підтримці та індивідуальному психологічному консультуванні, спрямованому на відновлення ресурсів.

Оцінювання ефективності профілактичних програм має здійснюватися через порівняльний аналіз показників до і після впровадження. Доцільно використовувати PCL-5 як індикатор зниження ПТСР-симптоматики, інструменти оцінки копінг-стратегій (COPE/Brief COPE), шкали тривоги та депресії (наприклад, HADS), а також поведінкові та соматичні маркери (сон, втома, рівень виснаження). Такий підхід дозволить зафіксувати не лише зменшення симптомів, а й позитивні зміни у психологічних механізмах подолання, що є ключовим результатом первинної профілактики [5].

Отже, впровадження програм первинної профілактики ПТСР у працівників ДСНС має здійснюватися як комплексна система, що поєднує психоосвіту, тренінги адаптивного копіngu, техніки емоційної саморегуляції та командну підтримку. Виявлені у дослідженні кореляційні зв'язки між травматичною симптоматикою, резильєнтністю та копіng-стратегіями підтверджують необхідність індивідуалізації профілактичних програм з урахуванням професійного стажу, психологічного стану та потреб працівників. Саме такі структуровані інтервенції створюють умови для підвищення стресостійкості, збереження професійного здоров'я і мінімізації ризиків формування ПТСР у системі ДСНС [5].

Використання методів кризової інтервенції у системі психологічного супроводу працівників ДСНС є необхідним компонентом первинної та вторинної профілактики ПТСР, оскільки дозволяє оперативно стабілізувати гострі стресові реакції, знизити ризик хроніфікації травматичних переживань і підтримати професійну працездатність рятувальників після критичних подій. Кризова інтервенція розуміється як короткострокове, структуроване втручання, яке проводиться у найбільш вразливі часові вікна після інциденту та спрямоване на відновлення контролю, нормалізацію реакцій і формування подальших кроків допомоги. З огляду на емпіричні дані, що підтверджують зв'язок між вираженістю посттравматичної симптоматики, рівнем резильєнтності та характером копіng-стратегій, інтервенції мають бути не універсальними, а адаптованими до стажу служби, індивідуальних ресурсів і типових психологічних труднощів працівника.

Однією з ефективних моделей кризової допомоги, що може застосовуватися одразу після критичної події, є RAPID Crisis Intervention (Johns Hopkins). Перевага цієї моделі полягає у її чіткій послідовності та практичності: вона дозволяє психологу швидко встановити контакт із постраждалим працівником, оцінити стан і запропонувати короткі стабілізаційні дії без перевантаження людини глибокою переробкою травматичного матеріалу у гострій фазі. Модель включає п'ять етапів: R – встановлення контакту та

рефлексивне слухання, що створює відчуття безпеки та підтримки; А – оцінка емоційного, фізичного та когнітивного стану (включно з рівнем збудження, соматичними реакціями, дезорієнтацією, ризиком імпульсивних дій); Р – пріоритизація, тобто визначення найбільш гострих потреб (сон, вода, безпечне місце, контакт із близькими, відсторонення від роботи); І – коротка інтервенція, де застосовуються стабілізаційні техніки; D – подальші рекомендації та перенаправлення за потреби на повторну консультацію чи до фахівця. У практиці ДСНС це може виглядати так: після пожежі психолог відводить працівника, який демонструє ознаки гіпервозбудження (тремор, різка драгівливість, прискорене дихання), проводить короткий скринінг, використовує техніку подовженого видиху для зниження фізіологічної активації та фіксує потребу у повторному контакті через 24 години. Важливо, що така інтервенція не «лікує» травму, а запобігає її загостренню, забезпечуючи перший крок до стабілізації та подальшої підтримки.

У межах кризової допомоги базовими є інтервенції стабілізаційного характеру, які застосовуються безпосередньо після інциденту і під час перших консультацій. Їхня мета – зменшити емоційну переповненість, знизити інтенсивність нав'язливих образів, нормалізувати дихання й серцевий ритм, повернути відчуття контролю та «опори» в реальності. Серед таких технік ефективною є методика «Контейнер», яка використовується для тимчасового «відкладання» нав'язливих спогадів, щоб людина могла функціонувати, не занурюючись у травматичний матеріал у невідповідний момент. Психолог пропонує уявити захищене місце або об'єкт (наприклад, металевий сейф чи контейнер із замком), після чого працівник символічно «поміщає» туди тривожні образи й домовляється із собою, що повернеться до їх опрацювання у безпечному терапевтичному контексті. Такий підхід знижує афективне перевантаження і допомагає уникнути розгортання дисоціативних або панічних реакцій. Іншою базовою технікою є «дихальна квадратна формула» (4–4–4–4) – вдих 4 секунди, пауза 4, видих 4, пауза 4. Вона стабілізує вегетативну нервову

систему, знижує фізичне напруження й допомагає швидко повернути контроль над тілом, що є критично важливим у перші години після інциденту.

Зважаючи на те, що тип копінгу впливає на переживання травматичного досвіду, доцільним є застосування короткострокових методів когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), які дозволяють працювати з неадаптивними переконаннями, катастрофізацією, самообвинуваченням і надмірною відповідальністю, що часто підтримують посттравматичну симптоматику та професійне вигорання. У кризовому консультуванні корисною є «АВС-діаграма» (А. Елліс), яка допомагає людині структурувати подію та зрозуміти, що емоційні наслідки формуються не лише фактом інциденту, а й переконаннями щодо нього. «А» – активуюча подія (критичний виклик, смерть постраждалого), «В» – переконання («я міг зробити більше», «я не маю права на помилку»), «С» – наслідки (почуття провини, тривога, нав'язливі думки). Завдання психолога – допомогти виявити ірраціональні судження та сформувати більш реалістичні й підтримувальні когніції. Доповненням виступає техніка переоцінки та переформулювання, що особливо актуальна для працівників зі стажем 5–10 років, у яких часто загострюється деструктивне самозвинувачення на тлі зростання професійної відповідальності. Наприклад, думка «ми втратили людину, значить я поганий рятувальник» замінюється на раціональну альтернативу «існували об'єктивні фактори, і команда діяла професійно в межах можливого».

Для працівників із тривалим стажем (10 і більше років), у яких частіше накопичуються соматизовані симптоми (хронічне напруження, порушення сну, втома, тілесні затиски), доцільно включати тілесно-орієнтовані інтервенції, що спрямовані на відновлення фізіологічної рівноваги й зниження рівня психофізичного збудження. Ефективною є прогресивна м'язова релаксація Джекобсона, яка передбачає послідовне напруження і розслаблення груп м'язів (обличчя, шия, плечі, руки, грудна клітка, живіт, ноги) протягом 10–15 хвилин. Така практика зменшує соматичний компонент тривоги й допомагає «розряджати» накопичену напругу. У кризових станах, коли виникають ознаки

дисоціації або «відчуження від тіла», корисною є техніка «заземлення через рух»: повільні кроки, переміщення ваги з ноги на ногу, контрольовані рухи колін і стоп. Це повертає відчуття опори й стабільності, допомагає «повернутися» у реальність та зменшує ризик гострої дезорганізації.

Окремого значення у роботі з травмою набуває EMDR (десенсибілізація та репроцесінг рухами очей) – метод, рекомендований міжнародними протоколами для опрацювання травматичних спогадів. У системі ДСНС він може застосовуватися лише тими психологами, які пройшли офіційне навчання та мають відповідну компетентність [15]. Показаннями можуть бути нав'язливі спогади, флешбеки, високий рівень дистресу, що не зменшується протягом 3–4 тижнів, а також стійкі симптоми уникання й гіперактивації. Стандартний протокол включає збір анамнезу та оцінку безпеки, підготовку (навчання стабілізаційним технікам), вибір травматичного епізоду, десенсибілізацію за допомогою білатеральної стимуляції (рухи очей або тактильна стимуляція), інсталяцію позитивної когніції, перевірку тілесних реакцій, завершення й інтеграцію. У практичному прикладі це може виглядати так: рятувальник переживає неконтрольовані флешбеки після аварії з великою кількістю жертв; після стабілізації психолог застосовує білатеральну стимуляцію для зниження інтенсивності образів і дистресу, поступово переводячи спогад у менш емоційно заряджений стан.

У роботі з працівниками ДСНС важливо враховувати феномен провини та «моральної травми», який часто формується у ситуаціях, де людина об'єктивно не могла змінити результат, але суб'єктивно переживає це як особистий провал. Для зменшення самоосуду і підвищення самоспівчуття ефективною може бути вправа «Лист самому собі в момент травми», де працівник пише підтримувальний текст до себе того часу від імені більш зрілої версії себе. Іншою корисною технікою є «Трикутник відповідальності», що дозволяє розмежувати: те, що залежало від рятувальника, те, що залежало від команди, і те, що визначалося зовнішніми обставинами (обвал, час, погода, доступність

ресурсів). Таке структурування знижує неадекватне самозвинувачення й підтримує реалістичну оцінку професійних дій.

Кризова допомога не повинна обмежуватися індивідуальною роботою – суттєву роль відіграють групові інтервенції, що підсилюють соціальну підтримку та нормалізують переживання. Короткий дефузінг після повернення з виклику (опис події, емоційні реакції, психоосвіта про нормативні реакції, ресурсний план на добу) допомагає знизити емоційне напруження та попередити «заморожування» переживань. Для тривалішої профілактики ефективною є структурована група підтримки (щотижнево), де учасники обговорюють накопичений стрес і відстежують ресурси. Прикладом є вправа «Ресурсний круг», у межах якої кожен називає один ресурс, який підтримав його протягом тижня (сон, підтримка, гумор, фізична активність), що підсилює фокус на відновленні, а не лише на травматичних подіях.

З урахуванням підтверджених кореляцій між копінг-стратегіями та вираженістю травматичної симптоматики доцільно впроваджувати інтервенції, спрямовані на розвиток адаптивного копіngu: тренінги проблемно-орієнтованих стратегій (реалістична постановка цілей, аналіз варіантів дій, моделювання сценаріїв майбутніх викликів) і навчання самоспостереженню через щоденник стресових реакцій (тригери, інтенсивність емоцій, обрані копіngи, результат). Це переводить переживання стресу з хаотичного рівня у контрольований, підсилює навичку рефлексії і дозволяє психологу бачити індивідуальні «слабкі ланки» у системі саморегуляції.

Нарешті, важливою умовою якісної кризової роботи є супервізійна підтримка психологів ДСНС, оскільки фахівці, які постійно працюють із травмою, самі піддаються ризику вторинної травматизації та професійного вигорання. Доцільно забезпечувати щонайменше одну супервізію на місяць, організувати окремі супервізійні групи для роботи з моральною травмою та підтримувати підвищення кваліфікації у сучасних доказових методах (EMDR, TF-CBT, соматично орієнтовані підходи). Таким чином, специфічні інтервенції у системі ДСНС мають поєднувати стабілізаційні техніки, КПТ-інструменти,

тілесно-орієнтовані практики, групові формати та травмофокусовані методи, а їх адаптація до стажу служби й копінг-профілю працівників підсилює ефективність профілактики ПТСР, сприяє відновленню психологічної стійкості та збереженню професійної ефективності рятувальників.

Рекомендації для керівництва щодо оптимізації умов праці та посилення соціальної підтримки працівників ДСНС мають ґрунтуватися на розумінні того, що психологічні наслідки травматичного досвіду визначаються не лише індивідуальними ресурсами рятувальника, а й організаційним контекстом служби. Саме управлінські рішення щодо навантаження, режимів відпочинку, культури взаємодії та доступності психологічної допомоги формують рівень професійної безпеки й можуть істотно знижувати ризик розвитку посттравматичних стресових реакцій. З огляду на встановлені у дослідженні зв'язки між проявами психотравматизації, стажем служби та типом копінг-стратегій, адміністративні заходи доцільно спрямовувати на створення передбачуваного, структурованого та психологічно підтримувального середовища, яке зміцнює адаптивні копінг-стратегії й запобігає хронічному виснаженню персоналу.

Передусім актуальним є блок оптимізації організаційних умов служби, зокрема регламентування робочого навантаження. Для екстремальних професій критично важливо мати чітко визначені стандарти тривалості змін, правила компенсації та обмеження надмірних переробок, оскільки систематичне перевантаження підвищує ризик професійного вигорання та вторинної травматизації. Доцільним є також раціональний розподіл складних виїздів між працівниками з різним стажем: новачки потребують поступового входження в професійну реальність і підтримки наставників, тоді як працівники зі стажем понад 10 років можуть накопичувати кумулятивний стрес та соматизовані прояви напруги, тому для них важливим є уникнення постійної експозиції до надскладних інцидентів без ротації. Регламентоване, справедливе навантаження виконує профілактичну функцію, оскільки зменшує відчуття

неконтрольованості та знижує «точки зламу» ресурсності в умовах хронічного стресу.

Невід'ємною умовою підтримання психічного здоров'я є забезпечення достатнього часу для відновлення. Практика обов'язкових інтервалів відпочинку між викликами, а також запровадження так званих «відновлювальних змін» після інцидентів з високим рівнем дистресу дозволяє знизити ризик гострої дезорганізації та попередити хроніфікацію стресових реакцій. Відновлення має розглядатися як частина службової ефективності, а не як «привілей», оскільки якість наступних рішень, командна взаємодія та безпека виконання завдань безпосередньо залежать від психофізіологічного стану працівника. У цьому контексті керівництву доцільно формувати чіткі протоколи: після особливо тяжких подій (масові жертви, загибель дітей, тривалі роботи в руйнаціях) передбачати обов'язкове розвантаження, короткий дефузінг, мінімізацію додаткових завдань та можливість повторної психологічної консультації.

Другим стратегічним напрямом є підвищення рівня психологічної та соціальної підтримки, що має реалізовуватися через культуру відкритого обговорення психологічних труднощів. У підрозділах, де домінує авторитарна установка «сильний не говорить про емоції», зростає ризик накопичення внутрішньої напруги, уникання, заперечення і, як наслідок, підвищення посттравматичної симптоматики. Натомість психологічно безпечне середовище формується тоді, коли керівництво відкрито підтримує звернення по допомогу, організовує регулярні командні зустрічі з психологом і забезпечує можливість проговорювати переживання без страху стигматизації чи дисциплінарних наслідків. Важливим є створення атмосфери довіри, де психологічна допомога сприймається як ресурс професійної стійкості, а не як індикатор слабкості. Такі управлінські рішення сприяють переходу від дезадаптивних копінгів (уникання, емоційне «закриття») до конструктивних (пошук підтримки, емоційна регуляція), що відповідає встановленим у дослідженні закономірностям.

Соціальна підтримка має бути диференційованою залежно від стажу служби, оскільки потреби та ризики у різних груп відрізняються. Для працівників зі стажем до 5 років ключовими є адаптація до професії, нормалізація стресових реакцій, розвиток базових навичок саморегуляції та зниження тривожності; тому доцільно запроваджувати системи наставництва, короткі інформаційні брифінги щодо типових реакцій на травму, регулярний контакт із психологом. Для працівників зі стажем 5–10 років, які часто переживають період зростання навантаження і підвищеної відповідальності, необхідними є тренінги стресостійкості, програми профілактики вигорання, навчання когнітивній реструктуризації та адаптивним копінг-стратегіям. Для групи 10 і більше років пріоритетними стають заходи з профілактики кумулятивного стресу: можливість ротації, зменшення частоти надскладних виїздів, доступ до розширених програм психологічної підтримки, супервізій та індивідуального консультування. Такий підхід дозволяє не лише підтримувати працівників на різних етапах професійного розвитку, а й знижувати організаційні ризики втрати кадрів через хронічне виснаження.

Окремої уваги потребують організаційні заходи соціальної підтримки, що виходять за межі суто психологічної служби. Важливою є наявність системи соціальних гарантій: підтримка сімей співробітників після важких інцидентів, доступ до безоплатної психологічної допомоги для членів сім'ї, прозорі механізми компенсацій і заохочень. Такі рішення зміцнюють відчуття справедливості та цінності праці рятувальника, зменшують відчуження і підтримують внутрішню мотивацію. Паралельно доцільно зміцнювати командну згуртованість через спільні заходи, розвиток традицій підрозділів, програми командного наставництва та практики «peer support», оскільки саме довіра в колективі виступає буфером між травматичною подією та її психологічними наслідками. Відчуття приналежності і підтримки команди суттєво підвищує резильєнтність та зменшує ризик вторинної травматизації.

Додатковим ресурсним напрямом є підтримка професійного розвитку, оскільки розвиток компетентності та лідерських навичок безпосередньо

пов'язаний із відчуттям контролю, самоефективності й психологічної стабільності. Керівництву доцільно організовувати регулярні курси з управління стресом, психологічної готовності, кризової комунікації; створювати умови для участі у семінарах, тренінгах, супервізіях; а також підтримувати формування конструктивної комунікації та здорового стилю лідерства в підрозділах [11]. Професійне навчання, у поєднанні з психологічною підтримкою, посилює адаптивні копінг-стратегії та знижує уразливість до психотравматичних наслідків екстремальної діяльності.

Отже, забезпечення психологічно безпечних умов праці, регламентованого навантаження, достатнього відновлення, розвиненої соціальної підтримки та можливостей професійного зростання є ключовими управлінськими чинниками, що зменшують інтенсивність негативних травматичних переживань і підвищують загальну стійкість персоналу ДСНС. Комплексний адміністративний підхід формує здорове робоче середовище, підтримує працівників у високоризикованій діяльності та створює умови для довготривалого збереження професійної ефективності й психічного благополуччя.

### **Висновки до другого розділу**

У розділі обґрунтовано, що первинна профілактика посттравматичного стресового розладу у працівників ДСНС має розглядатися як цілісна, безперервна та системно інтегрована складова професійної підготовки й психологічного супроводу персоналу. Її зміст виходить за межі одноразових заходів і передбачає формування стійких психологічних ресурсів, розвиток навичок саморегуляції, засвоєння адаптивних копінг-стратегій та підтримання умов для своєчасного відновлення після критичних подій.

Емпіричні результати, наведені в розділі, підтвердили статистично значущі зв'язки між особливостями переживання травматичного досвіду, стажем служби та типом копінг-стратегій. Виявлено, що зі зростанням

професійного досвіду підвищуються резильєнтність і частота використання конструктивних способів подолання, тоді як у працівників з меншим стажем частіше спостерігаються дезадаптивні копінги та вищі показники психотравматичного реагування. Це дозволяє зробити висновок про необхідність диференційованого профілактичного підходу з урахуванням етапу професійного становлення, інтенсивності експозиції до стресогенних факторів і рівня сформованості психологічних ресурсів.

Показано, що базовим компонентом первинної профілактики виступає психоосвітній модуль, який забезпечує працівників науково обґрунтованими знаннями про стрес і травму, нормалізує гострі реакції, знижує стигматизацію психологічних труднощів та підвищує готовність застосовувати самодопомогу й звертатися по підтримку. Водночас ключовим інструментом зміцнення стійкості визначено тренінгові програми розвитку адаптивних копінг-стратегій, що поєднують проблемно-орієнтовані навички, емоційну саморегуляцію, когнітивну реструктуризацію та тілесно-орієнтовані практики, а також командні формати підтримки (дефузинг, короткі брифінги, peer support).

Окремо доведено значущість кризової інтервенції як елементу первинної/вторинної профілактики, що забезпечує швидку стабілізацію гострих реакцій, запобігає хроніфікації переживань і створює «міст» до подальшої допомоги (за потреби – до спеціалізованих травмофокусованих методів за умови належної підготовки фахівців). Разом із цим підкреслено, що ефективність профілактики суттєво визначається організаційним контекстом: режимом навантаження й відпочинку, ротацією після особливо важких подій, культурою психологічної безпеки, доступністю підтримки та управлінськими рішеннями, які зменшують накопичення кумулятивного стресу.

Отже, первинна профілактика ПТСР у системі ДСНС має будуватися як багаторівнева структурована програма, що поєднує психоосвіту, тренінги адаптивного копінгу, кризові інтервенції, командну підтримку та управлінські заходи зі створення психологічно безпечних умов служби. Її диференціація за стажем і потребами персоналу, а також регулярне оцінювання ефективності (за

психодіагностичними, поведінковими й соматичними маркерами) є підґрунтям для збереження професійного здоров'я, стресостійкості та довготривалої працездатності рятувальників.

## ВИСНОВКИ

У роботі здійснено комплексне теоретико-емпіричне дослідження проблеми переживання травматичного досвіду у професійній діяльності працівників Державної служби України з надзвичайних ситуацій. З огляду на специфіку діяльності рятувальників, що пов'язана з регулярною участю у небезпечних подіях, контактом із людськими втратами та високим рівнем відповідальності, питання професійної травматизації є надзвичайно актуальним як у психологічному, так і в соціально-організаційному вимірі.

У межах теоретичного аналізу встановлено, що травматичний досвід є багаторівневим психологічним феноменом, який порушує відчуття безпеки, стабільності та контролю, впливаючи на емоційну, когнітивну, поведінкову й соматичну сфери особистості. Показано, що травматизація може мати як деструктивні наслідки (ПТСР, хронічна тривожність, депресивні стани, емоційне виснаження, соматизація), так і потенційно конструктивні прояви (посттравматичне зростання, переоцінка цінностей, посилення життєстійкості). Також обґрунтовано, що для працівників ДСНС психотравматизація часто набуває кумулятивного характеру, оскільки формується не стільки через одну подію, скільки внаслідок тривалого повторного контакту з травматичними ситуаціями.

Доведено, що діяльність працівників ДСНС виступає потужним фактором професійної травматизації через постійний ризик для життя, дефіцит часу, непередбачуваність подій, контакт з травмами та загибеллю людей, моральні дилеми й недостатність ресурсів відновлення. Окремо підкреслено роль організаційного середовища: стиль керівництва, соціальна підтримка та психологічно безпечна культура підрозділу істотно знижують ризик вторинної травматизації і професійного вигорання.

Емпірична частина дослідження була проведена на вибірці 60 працівників ДСНС та реалізована із застосуванням валідного психодіагностичного інструментарію (PCL-5, ProQOL-5, CD-RISC, Brief COPE), що забезпечило

цілісне охоплення симптоматики ПТСР, професійної якості життя, психологічних ресурсів і копінг-стратегій. Досліджуваних було поділено на три групи за стажем служби: до 5 років, 5–10 років, понад 10 років.

На основі аналізу отриманих результатів встановлено такі ключові закономірності. ПТСР-симптоматика у працівників ДСНС має тенденцію до зниження зі збільшенням стажу служби. Найвищі показники посттравматичних проявів зафіксовано у групі до 5 років стажу, тоді як у групі понад 10 років рівень симптоматики є найнижчим. Це може свідчити про поступове формування професійної адаптації, розвиток саморегуляції та інтеграцію складного досвіду. Професійна якість життя має складну динаміку залежно від стажу. Виявлено, що задоволення від співчуття (професійної значущості) зростає зі стажем, що відображає посилення професійної ідентичності та смислової наповненості діяльності. Водночас професійне вигорання досягає найбільшої вираженості у групі 5–10 років, що дозволяє розглядати цей період як критичний щодо накопичення емоційного виснаження. Вторинний травматичний стрес є найбільш вираженим серед молодих працівників і знижується у досвідчених рятувальників. Резильєнтність є одним із провідних захисних чинників. Виявлено стійке зростання показників CD-RISC у групах із більшим професійним стажем, що підтверджує роль психологічної стійкості як ресурсу протидії травматизації. Працівники зі сформованою резильєнтністю демонструють нижчу інтенсивність ПТСР-симптомів і кращу здатність до психологічного відновлення. Копінг-стратегії істотно відрізняються залежно від стажу і є важливими психологічними механізмами переживання травматичного досвіду. У досвідчених рятувальників більш виражені проблемно-орієнтований та емоційно-підтримувальний копінг, тоді як у молодих працівників частіше фіксується уникання/дезадаптивний копінг. Це свідчить про необхідність раннього навчання конструктивних стратегій подолання стресу.

Кореляційний аналіз підтвердив, що переживання травматичного досвіду має системний характер. Найбільш значущими результатами є встановлені зв'язки: ПТСР-симптоматика позитивно корелює з вигоранням, вторинним

травматичним стресом та униканням, і водночас негативно пов'язана з резильєнтністю, задоволенням від співчуття, проблемно-орієнтованими та емоційно-підтримувальними копінг-стратегіями. Отже, емпіричні дані підтвердили, що резильєнтність і конструктивний копінг є ключовими протективними факторами, а уникання і професійне виснаження — основними ризиковими предикторами травматизації.

На основі теоретичних і емпіричних результатів розроблено комплекс рекомендацій та профілактичну програму психологічної підтримки працівників ДСНС, орієнтовану на первинну профілактику ПТСР і професійної травматизації. Запропоновано напрями психологічного супроводу: психоосвіта, формування навичок саморегуляції, розвиток резильєнтності, корекція дезадаптивного копіngu, кризові інтервенції після важких виїздів, створення системи peer support, супервізійні та інтервізійні форми роботи в колективі. Окремо наголошено на важливості організаційних змін: оптимізації навантаження, забезпечення відновлення, розвитку підтримувального стилю керівництва та впровадження систематичного психодіагностичного моніторингу.

Таким чином, результати дипломної роботи підтвердили, що травматичний досвід працівників ДСНС формується під впливом сукупності професійних ризиків, але його наслідки значною мірою залежать від індивідуальних ресурсів та соціально-організаційних умов. Практична значущість дослідження полягає в обґрунтуванні конкретних психологічних мішеней профілактики – насамперед розвитку резильєнтності та конструктивних копінг-стратегій – і запропонуванні системи підтримки, що може бути використана у психологічній службі ДСНС з метою збереження професійного здоров'я та підвищення ефективності діяльності особового складу.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології : монографія / за заг. ред. В. П. Садкового, О. В. Тімченка. Харків : ФОП Мезіна В. В., 2017. 512 с.
2. Афанасьєва Н. Є. Психологічні особливості ідентичності рятувальників з ознаками посттравматичних стресових розладів. *Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія: Психологічні науки.* 2024. Вип. 1(4). С. 74–82. DOI: 10.31558/2786-8745.2024.1(4).8.
3. Афанасьєва Н. Є., Маклакова С. С. Професійна ідентичність рятувальників України. *Теорія і практика сучасної психології.* 2018. № 4. С. 191–196.
4. Бабелюк О. В., Гоцуляк Н. Є. Психологічна служба рятувальних підрозділів : навч.-метод. посіб. Кам'янець-Подільський : ТОВ «Друкарня «Рута»», 2021. 204 с. URL: <https://elar.kpnu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/6016/Babeliuk-O.V.-Hotsuliak-N.Ie.-Psykhologichna-sluzhba-riatuvalnykh-pidrozdiliv.pdf> (дата звернення: 14.10.2025).
5. Бондаренко О. Ф. Психологічна допомога особистості в кризових ситуаціях. Київ : Либідь, 2018.
7. Васильєв С. П., Зубовський Д. С. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Український психологічний журнал.* 2016. № 1. С. 6–16.
8. Войцехівська О. П. Соціально-психологічні фактори розвитку ПТСР у працівників служб реагування. Київ : Видавництво КУБГ, 2020.
9. Гончаренко О. М. Психологічний супровід діяльності працівників оперативно-рятувальних служб. Львів : ЛДУ БЖД, 2020.
10. Кармазіна Т. І. Психологічна підтримка та реабілітація працівників служб реагування. Харків : ХНУ ім. Каразіна, 2020.

11. Клименко І. В. Психологічні основи стресостійкості у фахівців ризиконебезпечних професій. Київ : НАДУ, 2019.
12. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання : монографія. 2-ге вид., переробл. і допов. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2021. 158 с.
13. Кокур О. М. Психологічні особливості діяльності рятувальників в екстремальних умовах. Київ : НДЦ, 2017.
14. Кокур О. М., Мороз В. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців : посібник. Київ, 2021.
15. Корольчук О. Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Державне управління. Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 17. С. 104–111.
16. Кравченко С. П. Стресостійкість та професійне вигорання персоналу ДСНС. Дніпро : ДДАПС, 2022.
17. Лазарус Р. С. Стрес, оцінювання та копінг (укр. переклад). Київ : Основи, 2015.
18. Матвієнко О. О. Психологічна допомога рятувальникам: теорія і практика. Одеса : Фенікс, 2021.
19. Мельник Р. С. Емоційна регуляція та стрес у професіях підвищеного ризику. Тернопіль : АСТОН, 2022.
20. Москаленко В. В. Соціально-психологічні аспекти переживання травми. Київ : КНТ, 2018.
21. Назар Ю. О. Посттравматичне зростання в контексті моделей благополуччя особистості. *Габітус*. 2023. Вип. 48. С. 125–131.
22. Назаров О. Психологія діяльності рятувальника: зміст та проблеми для обговорення. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2022. № 2(4). С. 30–38.
23. Осьодло В. І. Психологія дії в екстремальних умовах. Київ : МАУП, 2019.

24. Павлюк М. М. Посттравматичний стрес та його подолання : навч. посіб. Львів : ЛНУ ім. І. Франка, 2021.
25. Панок В. Г. Практична психологія надзвичайних ситуацій. Київ : Ніка-Центр, 2019.
26. Руденко А. Ю. Психологічні механізми переживання травматичного досвіду. Київ : Видавничий дім «Слово», 2017.
27. Слюсаренко Н. М. Психологічні засоби профілактики професійної деформації та стресу у рятувальників. Хмельницький : Вид-во НАДЗ, 2021.
28. Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації : підручник / НУОУ ім. Івана Черняхівського. Київ, 2020. URL: <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi81/0061173.pdf> (дата звернення: 14.10.2025).
29. Ткачук Т. І. Психотравма та її наслідки: діагностика і корекція. Київ : Видавництво КНУ ім. Т. Шевченка, 2020.
30. Чикер В. А. Психологія екстремальних ситуацій та поведінки людини. Київ : Центр учбової літератури, 2018.
31. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing, 2013. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596.
32. Blevins C. A., Weathers F. W., Davis M. T., Witte T. K., Domino J. L. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*. 2015. Vol. 28(6). P. 489–498. DOI: 10.1002/jts.22059.
33. Bonanno G. A. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*. 2004. Vol. 59(1). P. 20–28. DOI: 10.1037/0003-066X.59.1.20.
34. Brewin C. R., Cloitre M., Hyland P. et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*. 2017. Vol. 58. P. 1–15. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.09.001.

35. Carver C. S. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*. 1997. Vol. 4. P. 92–100.
36. Cloitre M., Shevlin M., Brewin C. R. et al. The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2018. Vol. 138(6). P. 536–546. DOI: 10.1111/acps.12956.
37. Connor K. M., Davidson J. R. T. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003. Vol. 18(2). P. 76–82. DOI: 10.1002/da.10113.
38. Figley C. R. (ed.). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York : Brunner/Mazel, 1995. 268 p.
39. Hobfoll S. E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*. 1989. Vol. 44(3). P. 513–524. DOI: 10.1037/0003-066X.44.3.513.
40. Hobfoll S. E. *Stress, Culture, and Community: The Psychology of Resilience*. New York : Springer, 2018.
41. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer, 1984.
42. Maslach C., Jackson S. E., Leiter M. P., Schaufeli W. B., Schwab R. L. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 4th ed. Menlo Park, CA : Mind Garden, 2016.
43. Maslach C., Leiter M. P. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016. Vol. 15(2). P. 103–111. DOI: 10.1002/wps.20311.
44. Shalev A., Liberzon I., Marmar C. Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*. 2017. Vol. 376. P. 2459–2469. DOI: 10.1056/NEJMra1612499.
45. Stamm B. H. *The Concise ProQOL Manual (2nd ed.): Professional Quality of Life Scale (ProQOL)*. Pocatello, ID : ProQOL.org, 2010. URL:

<https://www.nctsn.org/measures/professional-quality-life-scale-5> (дата звернення: 14.10.2025).

46. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services (TIP 57). Rockville, MD : SAMHSA, 2014. URL: <https://store.samhsa.gov/product/TIP-57-Trauma-Informed-Care-in-Behavioral-Health-Services/SMA14-4816> (дата звернення: 14.10.2025).

47. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1996. Vol. 9(3). P. 455–471. DOI: 10.1007/BF02103658.

48. Weathers F. W., Litz B. T., Keane T. M., Palmieri P. A., Marx B. P., Schnurr P. P. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). 2013. URL: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp> (дата звернення: 14.10.2025).

49. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Geneva : WHO, 2019. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (дата звернення: 14.10.2025).

50. World Health Organization. Post-traumatic stress disorder : fact sheet. 2024. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder> (дата звернення: 14.10.2025).

## ДОДАТКИ

## Зведені результати дослідження

№	Стаж	ПТСР	Рівень ПТСР	Стрес	Рівень	Вигорання	Рівень	Копінг адапт.	Копінг дезадапт.
1	2	18	низьк.	14	сер.	16	низьк.	22	8
2	3	21	сер.	17	сер.	20	сер.	20	10
3	1	15	низьк.	12	низьк.	14	низьк.	24	6
4	6	27	сер.	20	сер.	24	сер.	18	12
5	8	33	сер.	22	сер.	28	сер.	16	14
6	5	25	сер.	19	сер.	23	сер.	19	11
7	10	41	висок.	27	висок.	37	висок.	12	18
8	12	44	висок.	29	висок.	40	висок.	11	20
9	15	48	висок.	31	висок.	43	висок.	10	21
10	7	29	сер.	21	сер.	26	сер.	17	13
11	4	23	сер.	18	сер.	21	сер.	19	11
12	2	17	низьк.	13	низьк.	15	низьк.	23	7
13	18	52	висок.	33	висок.	46	висок.	9	22
14	16	47	висок.	30	висок.	41	висок.	10	19
15	9	35	сер.	24	сер.	32	сер.	15	14
16	11	39	сер.	26	сер.	35	сер.	14	16
17	9	28	сер.	19	сер.	25	сер.	18	12
18	6	26	сер.	18	сер.	22	сер.	20	10
19	13	46	висок.	29	висок.	42	висок.	11	20
20	14	50	висок.	32	висок.	44	висок.	9	23
21	3	20	низьк.	15	сер.	18	низьк.	22	8
22	5	24	сер.	17	сер.	20	сер.	19	11
23	6	31	сер.	23	сер.	29	сер.	16	14
24	10	38	сер.	25	сер.	34	сер.	14	16
25	19	55	висок.	34	висок.	48	висок.	8	24
26	21	58	висок.	35	висок.	50	висок.	7	25
27	8	32	сер.	22	сер.	30	сер.	16	14
28	3	19	низьк.	14	сер.	17	низьк.	22	8
29	5	27	сер.	19	сер.	24	сер.	18	12
30	9	36	сер.	24	сер.	33	сер.	15	15
31	12	43	висок.	28	висок.	39	висок.	12	18
32	14	49	висок.	31	висок.	45	висок.	10	21
33	2	16	низьк.	12	низьк.	14	низьк.	24	6
34	4	22	сер.	16	сер.	19	сер.	20	10
35	8	34	сер.	23	сер.	31	сер.	16	14
36	11	40	сер.	26	сер.	36	сер.	13	17
37	18	53	висок.	33	висок.	47	висок.	8	23
38	20	56	висок.	35	висок.	49	висок.	7	24
39	7	30	сер.	21	сер.	27	сер.	17	13
40	5	26	сер.	18	сер.	22	сер.	19	11
41	2	18	низьк.	13	низьк.	16	низьк.	23	7

42	6	25	сер.	19	сер.	24	сер.	18	12
43	10	42	висок.	27	висок.	38	висок.	12	18
44	13	45	висок.	29	висок.	41	висок.	11	20
45	3	20	низьк.	15	сер.	18	низьк.	22	8
46	7	29	сер.	20	сер.	26	сер.	17	13
47	9	37	сер.	25	сер.	34	сер.	14	16
48	12	44	висок.	28	висок.	39	висок.	12	18
49	15	51	висок.	32	висок.	46	висок.	9	22
50	16	54	висок.	33	висок.	47	висок.	8	23
51	1	14	низьк.	11	низьк.	13	низьк.	25	5
52	4	22	сер.	16	сер.	20	сер.	20	10
53	6	28	сер.	21	сер.	27	сер.	17	13
54	8	33	сер.	23	сер.	31	сер.	15	15
55	11	41	висок.	27	висок.	38	висок.	12	18
56	14	47	висок.	30	висок.	42	висок.	10	20
57	6	24	сер.	18	сер.	22	сер.	19	11
58	7	30	сер.	21	сер.	28	сер.	16	14
59	20	57	висок.	35	висок.	50	висок.	7	25
60	22	60	висок.	36	висок.	52	висок.	6	26