

Висновки. Результати проведеного дослідження дозволили встановити, що не всі майбутні рятувальники задоволені обраною професією. Про це свідчать дані, по-перше, результатів експертного оцінювання рівню академічної успішності курсантів; по-друге, дані щодо неусвідомленого ставлення майбутніх фахівців-рятувальників до обраної професії. Отже, можна припустити, що курсанти, які увійшли до 1-ї групи досліджуваних, є потенційно більш успішними в професійному аспекті та можуть характеризуватись більш високою психологічною надійністю. Курсанти, які за результатами експертного оцінювання були віднесені до 2-ї групи, потребують перегляду своїх професійних вподобань або корекції складеного образу майбутньої професії та своєї професійної ролі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Буякс Т. М. Проблема и психотехника самоопределения личности / Т. М. Буякс // Вопросы психологи. – 2002. – №2. – С. 34–39.
2. Буякс Т. М. Процесс обучения как диалог между профессиональным и личностным становлением / Т. М. Буякс // Вестн. МГУ. – Сер. 14. – Психология. – 2001. – №2. – С. 29–36.
3. Головаха Е. И. Жизненные перспективы и профессиональное самоопределение молодежи / Головаха Е. И. – Киев : Наукова думка, 1988. – 145 с.
4. Звоников В. М. К вопросу о психологическом отборе профессионалов / Звоников В. М., Пономаренко В. А., Цуварев В. И. // Психологический журнал. – Том 3, №5. – 1988. – С. 93–101.

УДК 159.915

Федосеев В.А., к. мед. н., доцент кафедры психологии, Харьковский национальный аэрокосмический университет им. Н.Е. Жуковского «ХАИ»;
Селюкова Т.В., ст. преподаватель кафедры общей психологии НУГЗУ

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

У статті порушено питання клінічної картини психічних змін унаслідок психосоматичних розладів, які виникають унаслідок екстремальних порушень.

Ключові слова: психічні розлади, клінічні прояви, екстремальні ситуації.

В статье рассмотрены вопросы клинической картины психических нарушений вследствие психотравмирующих расстройств, возникших в результате экстремальных нарушений.

Ключевые слова: психические расстройства, клинические проявления, экстремальные ситуации.

Постановка проблеми. Чрезвычайные ситуации получают в современных условиях все более широкое распространение. Все чаще дети и взрослые, попадая в условия техногенных и социальных катастроф, стихийных бедствий, переживают значительные психо-эмоциональные расстройства. Поэтому интерес к психологии экстремальных ситуаций в современном мире неуклонно растет, среди политиков, социологов, философов, медиков, практических психологов. Психология экстремальных ситуаций является в настоящее время од-

ним из важнейших разделов прикладной психологии и психиатрии, которые включают как диагностику психических состояний человека, переживающего или пережившего чрезвычайные обстоятельства, так и направления, методы, техники, приемы психологической помощи: психологической коррекции, консультирования и психотерапии.

Анализ последних исследований и публикаций. Значительное внимание уделяется в медицинской и психологической литературе выявлению, психологическому анализу и классификации разнообразных психических феноменов, возникающих у жертв экстремальных происшествий. В частности, психологические феномены, возникающие в условиях воздействия чрезвычайных факторов, описываются в литературе как «посттравматические стрессовые расстройства». Исследуются разнообразные негативные психические состояния, возникающие вследствие воздействия экстремальных факторов: стресс, фрустрация, кризис, депривация, конфликт. Эти состояния характеризуются доминированием острых или хронических негативных эмоциональных переживаний: тревоги, страха, депрессии, агрессии, раздражительности, дисфории. Возникающие в этих состояниях аффекты могут достигать такой степени интенсивности, что они оказывают дезорганизующее воздействие на интеллектуально-мнестическую деятельность человека, затрудняя процесс адаптации к происходящим событиям. Интенсивные эмоциональные переживания, (страх, паника, ужас, отчаяние) могут затруднять адекватное восприятие действительности, правильную оценку ситуации, мешая принятию решений и нахождению адекватного выхода из стрессовой ситуации. Эти явления, отражающие феноменологию психического функционирования человека в кризисе, оказываются в центре внимания как врачей-психиатров и психотерапевтов, так и психологов, оказывающих психологическую помощь людям, пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

Изучение наблюдавшихся при экстремальных ситуациях психических расстройств, а также анализ комплекса спасательных, социальных и медицинских мероприятий дают возможность схематически выделить три периода развития ситуации, в которых наблюдаются различные психогенные нарушения.

Первый (острый) период характеризуется внезапно возникшей угрозой собственной жизни и гибели близких. Он продолжается от начала воздействия экстремального фактора до организации спасательных работ (минуты, часы). Мощное экстремальное воздействие затрагивает в этот период в основном витальные инстинкты (например, самосохранения) и приводит к развитию неспецифических, внеличностных психогенных реакций, основу которых составляет страх различной интенсивности. В это время преимущественно наблюдаются психогенные реакции психотического и непсихотического уровней. В ряде случаев возможно развитие паники.

Во втором периоде, протекающем при развертывании спасательных работ, по образному выражению «начинается нормальная жизнь в экстремальных условиях». В это время в формировании состояний дезадаптации и психических расстройств значительно большую роль играют особенности личности пострадавших, а также осознание ими не только продолжающейся в ряде слу-

чаев жизнеопасной ситуации, но и новых стрессовых воздействий (утрата родных, разобщение семей, потеря дома, имущества). Важными элементами пролонгированного стресса в этот период являются ожидание повторных воздействий, несовпадение ожиданий с результатами спасательных работ, необходимость идентификации погибших родственников. Психоэмоциональное напряжение, характерное для начала второго периода, сменяется к его концу, как правило, повышенной утомляемостью и "демобилизацией" с астено-депрессивными или апато-депрессивными проявлениями.

В третьем периоде, начинающемся для пострадавших после их эвакуации в безопасные районы, у многих происходят сложная эмоциональная и когнитивная переработка ситуации, переоценка собственных переживаний и ощущений, своеобразная "калькуляция" утрат. При этом приобретают актуальность также психогенно – травмирующие факторы, связанные с изменением жизненного стереотипа, проживанием в разрушенном районе или в месте эвакуации. Становясь хроническими, эти факторы способствуют формированию относительно стойких психогенных расстройств. Наряду с сохраняющимися неспецифическими невротическими реакциями и состояниями в этот период начинают преобладать затянувшиеся и развивающиеся патохарактерологические расстройства. Соматогенные психические нарушения при этом могут носить разнообразный подострый характер. В этих случаях наблюдаются как "соматизация" многих невротических расстройств, так и в известной мере противоположные этому процессу "невротизация" и "психопатизация". Во все периоды развития ситуации перед врачами-психиатрами, другими медицинскими работниками встают различные вопросы не только непосредственного лечения возникших или обострившихся в экстремальных условиях психических заболеваний, но и оценки психологических и клинко-психопатологических особенностей лиц, находящихся в очаге бедствия. Это необходимо в ряде случаев для предотвращения панических реакций, выявления и психокоррекции особенностей, способствующих возникновению нежелательных форм поведения и психогенных расстройств, создающих осложнения во взаимоотношениях и взаимовлиянии отдельных групп пострадавших и участников восстановительных работ. Важное значение это имеет также для профилактики развития патохарактерологических и психосоматических расстройств и для квалифицированной оценки рентных установок на отдаленных этапах. Отличительные черты психотравмирующих воздействий, их взаимодействие с конституционально-типологическими и соматическими индивидуальными особенностями человека и его жизненным опытом могут приводить к развитию разных психических расстройств на всех этапах развития экстремального воздействия. При этом их частота и характер во многом зависят от внезапности возникновения и остроты жизнеопасной ситуации.

Изложение основного материала. Остро возникшие жизнеопасные ситуации характеризуются внезапностью и чаще всего кратковременностью психогенного воздействия.

Поведение в остром периоде внезапно развившейся жизнеопасной ситуации во многом определяется эмоцией страха, которая до определенных пределов может считаться физиологически нормальной и приспособительно полез-

ной, способствующей экстренной мобилизации физического и психического напряжения, необходимого для самосохранения. По существу при любой осознаваемой человеком катастрофе возникают тревожное напряжение и страх. Появляются чувство растерянности, затруднение принятия рационального решения и начала действий. При неподготовленности к экстремальной ситуации растерянность определяет длительное бездействие, суетливость и является важнейшим показателем риска развития психогенных психических расстройств.

Клинические проявления страха зависят от его глубины и выражаются в объективных проявлениях и субъективных переживаниях. Наиболее характерны двигательные нарушения поведения, которые лежат в диапазоне от увеличения активности (гипердинамика, "двигательная буря") до ее уменьшения (гиподинамия, ступор). Однако следует отметить, что в любых, даже самых тяжелых условиях до 25% людей сохраняют самообладание, правильно оценивают обстановку, четко и решительно действуют в соответствии с ситуацией. Большинство людей (до 75%) при экстремальных ситуациях в первые мгновения оказываются "ошеломленными" и малоактивными.

Данное состояние можно описать термином "паническая реакция или атака". Обычно она кратковременна, ее пролонгация зависит от многих факторов, как социально-психологических, так и физических. В частности, в этот период неблагоприятное воздействие, способствующее развитию выраженных реакций страха, оказывают переутомление, голод, жажда, физическая боль, жара, холод, травматические повреждения.

Реакции страха в жизнеопасных условиях принято разделять на контролируемые и неконтролируемые.

Неожиданное возникновение жизнеопасной ситуации у неподготовленных людей может вызвать страх, сопровождающийся появлением измененного состояния сознания. Наиболее часто развивается оглушенность, выражающаяся в неполном осмыслении происходящего, затруднении восприятия окружающего, нечетком (неадекватном) выполнении необходимых жизнеспасющих действий.

Исследования пострадавших от чрезвычайных ситуаций показали, что более чем у 90% обследованных имелись психогенные расстройства. Их выраженность и продолжительность были различны – от нескольких минут (состояние оглушенности) до длительных и стойких невротических и психотических расстройств.

Психогенные расстройства однако, не всегда столь выраженные и продолжительные, наблюдаются при всех остро развившихся жизнеопасных ситуациях, затрагивающих большое число людей.

Можно проследить определенную динамику возникновения и развития отдельных психопатологических проявлений у пострадавших, зависящих от этапа внезапно развившейся экстремальной ситуации. Непосредственно после острого воздействия, когда появляются признаки опасности, у людей возникают растерянность, непонимание того, что происходит. За этим коротким периодом при простой реакции страха наблюдается умеренное повышение активности: движения становятся четкими, экономными, увеличивается мышечная сила, что способствует перемещению многих людей в безопасное место. На-

рушения речи ограничиваются ускорением ее темпа, запинками, голос становится громким, звонким. Отмечается мобилизация воли, анимация идеаторных процессов. Мнестические нарушения в этот период представлены снижением фиксации окружающего, нечеткими воспоминаниями происходящего вокруг, однако в полном объеме запоминаются собственные действия и переживания. Характерным является изменение ощущения времени, течение которого замедляется и длительность острого периода представляется увеличенной в несколько раз. При сложных реакциях страха в первую очередь отмечаются более выраженные двигательные расстройства. При гипердинамическом варианте наблюдается бесцельное, беспорядочное метание, множество нецелесообразных движений, затрудняющих быстрое принятие правильного решения и перемещение в безопасное место. Иногда отмечается паническое бегство. Гиподинамический вариант характерен тем, что человек как бы застывает на месте, нередко стараясь "уменьшиться", принимая эмбриональную позу, садится на корточки, обхватив голову руками. При попытке оказать помощь либо пассивно подчиняется, либо становится негативистичным. Речевая продукция отрывочна, ограничивается восклицаниями, в ряде случаев имеет место афония. Воспоминания о событии и своем поведении у пострадавших в этот период недифференцированы, суммарны.

Наряду с психическими расстройствами нередко отмечаются тошнота, головокружение, учащенное мочеиспускание, ознобopodobный тремор, обмороки. Восприятие пространства изменяется, искажаются расстояние между предметами, их размеры и форма. Порой окружающее представляется "нереальным", причем это ощущение сохраняется в течение нескольких часов после воздействия. Длительными могут быть и кинестетические иллюзии (ощущение качающейся земли, полета, плавания и т.д.).

При простой и сложной реакциях страха сознание сужено, хотя в большинстве случаев сохраняются доступность внешним воздействиям, избирательность поведения, возможность самостоятельно находить выход из затруднительного положения. Особое место в этот период занимает угроза развития состояний паники. Индивидуальные панические расстройства определяются аффективно-шоковыми реакциями, основные проявления которых описаны выше. При развитии таких реакций, особенно одновременно у нескольких пострадавших, возможно их влияние друг на друга и на окружающих, приводящее к массовым индуцированным эмоциональным расстройствам, сопровождающимся "животным" страхом. Индукторы паники (паникеры) – люди, которые обладают выразительными движениями, гипнотизирующей силой криков, ложной уверенностью в целесообразности своих действий. Становясь лидерами толпы в чрезвычайных обстоятельствах, они могут создать общий беспорядок, быстро парализующий целые коллективы, лишаящий людей возможности оказывать взаимопомощь, соблюдать целесообразные нормы поведения. "Эпицентром" развития массовой паники обычно являются высококвалифицированные истерические личности, отличающиеся эгоистичностью и повышенным самолюбием.

Из этого следует, что в различных катастрофических ситуациях предотвращение паники состоит в предварительном обучении людей действиям в критических ситуациях, в правдивой и полной информации во время и на всех

етапах розвитку чрезвычайных событий, в специальной подготовке активных лидеров, способных в критический момент возглавить растерявшихся людей, направить их действия на самоспасение и спасение других пострадавших.

В ситуации острого экстремального воздействия реактивные психозы представлены в основном аффективно-шоковыми реакциями, которые развиваются мгновенно и протекают в фугийформной и ступорозной форме.

Фугийформная реакция характеризуется сумеречным расстройством сознания с бессмысленными беспорядочными движениями, безудержным бегством, нередко в сторону опасности. Пострадавший не узнает окружающих, отсутствует адекватный контакт, речевая продукция бессвязная, нередко ограничивается нечленораздельным криком. Отмечается гиперпатия, при которой звук, прикосновение еще более усиливают страх, при этом нередко отмечается немотивированная агрессия. Воспоминания о пережитом частичные, обычно запоминается начало события.

При ступорозной форме наблюдаются общая обездвиженность, оцепенение, мутизм, иногда кататоноподобная симптоматика. Больные не реагируют на окружающее, часто принимают эмбриональную позу. Отмечаются нарушения памяти в виде фиксационной амнезии.

Истерические психозы при внезапных экстремальных воздействиях являются аффектогенными, и в их возникновении важную роль играет не только страх, но и такие особенности личности, как психическая незрелость, эгоизм.

В клинической картине истерического психоза облигатным синдромом является аффективное сужение сознания с последующей амнезией. Нередко сознание заполняют яркие тематичные зрительные и слуховые галлюцинации, больной "переносится" в психотравмирующую ситуацию, вновь переживая события, в которых он участвовал. При истерическом ступоре мимика больного отражает переживания страха, ужаса, иногда он беззвучно плачет. Обездвиженность, мутизм нередко прерываются, и больной может рассказывать о психотравмирующей ситуации. Истерические психозы обычно более длительны, чем аффективно-шоковые реакции. Возникнув в период экстремального воздействия, они могут продолжаться в течение нескольких месяцев после его завершения и требуют длительного, нередко стационарного лечения.

Завершаются острые реактивные психозы резким падением психического тонуса, частичным ступором в виде паралича эмоций. Довольно часто отмечаются состояния протрации, тяжелой астении, апатии, когда угрожающая ситуация не вызывает переживаний. Нередки остаточные явления в виде истерических расстройств, представленных пуррилизмом, синдромом Ганзера, псевдодеменцией. Однако наиболее распространенным является астенический симптомокомплекс.

После окончания острого периода у некоторых пострадавших наблюдаются кратковременное облегчение, подъем настроения, стремление активно участвовать в спасательных работах, многоречивость, бесконечное повторение рассказа о своих переживаниях, отношении к случившемуся, бравада, дискредитация опасности. Эта фаза эйфории длится от нескольких минут до нескольких часов. Как правило, она сменяется вялостью, безразличием, идеаторной затор-

моженностью, затруднением в осмыслении задаваемых вопросов, трудностями при выполнении даже простых заданий. На этом фоне наблюдаются эпизоды психоэмоционального напряжения с преобладанием тревоги. В ряде случаев развиваются своеобразные состояния, пострадавшие производят впечатление отрешенных, погруженных в себя. Они часто и глубоко вздыхают, отмечается брадикардия, ретроспективный анализ показывает, что в этих случаях внутреннее переживание нередко связывается с мистически-религиозными представлениями. Другой вариант развития тревожного состояния в этот период может характеризоваться преобладанием "тревоги с активностью". Характерными являются двигательное беспокойство, суетливость, нетерпеливость, многоречивость, стремление к обилию контактов с окружающими. Экспрессивные движения бывают несколько демонстративны, утрированы. Эпизоды психоэмоционального напряжения быстро сменяются вялостью, апатией.

В третьем периоде остро начавшейся катастрофической ситуации наблюдается сближение, а во многих случаях и идентификация клинических проявлений с расстройствами, отмечаемыми на отдаленных этапах медленно развивающихся экстремальных воздействий. Существенные отличия имеются у лиц, переживших ту или иную катастрофу и продолжающих находиться под влиянием ее последствий. В этот период у пострадавших возникают прежде всего разнообразные невротические и психосоматические расстройства, а также патохарактерологические развития личности. По особенностям проявлений, степени выраженности и стабильности наблюдающиеся психогенные нарушения при этом могут быть разделены на начальные, рудиментарные и развернутые проявления психической дезадаптации (невротические, психопатические и психосоматические). Для первых характерны нестабильность, фрагментарность расстройств, ограниченных одним-двумя симптомами непсихотического регистра, непосредственная связь болезненных проявлений с конкретными внешними воздействиями, уменьшение и исчезновение отдельных расстройств после отдыха, переключения внимания или деятельности, снижение порога переносимости различных вредностей, физического или психического напряжения.

Активный расспрос пострадавших в этот период позволил выявить чувство повышенной усталости, мышечную слабость, дневную сонливость, расстройства ночного сна, диспепсические явления, транзиторные дизритмические и дистонические расстройства, усиление потливости, тремор конечностей. Часто отмечаются состояния повышенной ранимости, обидчивости. Указанные расстройства наблюдаются изолированно и не могут быть объединены в клинические симптомокомплексы. Однако по преобладанию тех или иных расстройств можно выделить начальные субневротические расстройства аффективного, астенического, вегетативного, смешанного круга.

В динамике астенических расстройств, развившихся после экстремальной внезапно возникшей жизнеопасной ситуации, часто наблюдаются аутохтонные эпизоды психоэмоционального напряжения с преобладанием аффекта тревоги и усилением вегетосоматических нарушений. По существу астенические расстройства являются основой, на которой формируются различные пограничные нервно-психические расстройства. В ряде случаев они приобретают затяжной и хронический характер.

При розвитку на фоні астениї виражених і відносно стабільних афективних реакцій власне астеничні розлади як би відтеснюються на другий план. У постраждалих виникають сумневіє, тривожне напруження, дурні передчуття, очікування якого-то несчастья. Появляється "прислуховування до сигналів небезпечності", якими можуть виявитися сотрясение ґрунту від рухомих механізмів, несподіваний шум або, навпаки, тишина. Все це викликає тривогу, супроводжувану напруженням м'язів, дрижанням у руках, ногах. Це сприяє формуванню стійких і тривалих фобических розладів. Зміст фобических переживань у осіб, перенеслих смерч, землетрясення, достатньо конкретно і відображає загальний фон настроєння, так і перенесену ситуацію. Найчастіше боязнь закритих приміщень, "страх погоди" (метеофобії). Крім фобій, як правило, відзначаються неуверенність, важкість у прийнятті навіть простих рішень, сумніви в істинності і правильності власних дій. Часто спостерігаються близькі до навязливості постійні обговорення пережитої ситуації, спогади про минуле життя з її ідеалізацією.

Іншим видом прояву емоційного напруження є психогенні депресивні розлади. Наприклад, виникає своєрідне усвідомлення "своєї винуватості" перед загинулими, виникає відвернення до життя, жалю, що вижив, а не загинув разом з родичами. Феноменологія депресивних станів доповнюється астеничними проявами, а в ряді спостережень апатією, безрозличчям, виникненням тоскливого афекта. Неможливість впоратися з проблемами призводить до пасивності, розчаруванню, зниженню самооцінки, відчуттю неспроможності. Нерідко депресивні прояви бувають менш вираженими і на передній план виступає соматичний дискомфорт (соматичні "маски" депресії): дифузна головна біль, посилюючись ввечері, кардіалгії, порушення серцевого ритму, анорексія.

В цілому депресивні розлади не досягають психотического рівня, у постраждалих не буває ідеаторної заторможеності, вони хоча і з трудом, але справляються з повсякденними турботами.

Крім зазначених невротических розладів у людей, переживлих життєво небезпечну ситуацію, достатньо часто має місце декомпенсація акцентуацій характеру і психопатических особливостей. При цьому велике значення мають як індивідуально значимі психотравмуючі ситуації, так і передшествовавший життєвий досвід і особисті установки кожного індивіда. Особливості особистості накладають відбиток на невротическі реакції, граючи важливу патопластическу роль.

Основну групу станів особистісної декомпенсації звичайно представляють реакції з перевагою радикала збудливості і чутливості. Такі особи по незначущому приводу дають бурні афективні вибухи, об'єктивно не відповідні тій або іншій психогенній причині. При цьому нерідко агресивні дії. Такі епізоди частіше за все короткотривалі, протікають з деякою демонстративністю, театральністю, швидко сменяються астенодепресивним станом, в'ялістю і безрозличчям до оточуючого.

Іноді відзначається дисфорическа окраска настроєння. Люди в подібному стані сумні, угрюмі, постійно невдоволені. Вони оспаривають розпо-

ряжения и советы, отказываются выполнять задания, ссорятся с окружающими, бросают начатую работу. Нередки и случаи усиления паранойяльных акцентуаций – пережившие острую экстремальную ситуацию становятся завистливыми, следят друг за другом, пишут жалобы в различные инстанции, считают, что их обделили, поступили с ними несправедливо. В этих ситуациях наиболее часто развиваются рентные установки.

Наряду с отмеченными невротическими и психопатическими реакциями на всех трех этапах развития ситуации у пострадавших отмечаются вегетативные дисфункции и расстройства сна. Последние не только отражают весь комплекс невротических нарушений, но и в значительной мере способствуют их стабилизации и дальнейшему усугублению. Чаще всего затруднено засыпание, ему мешают чувство эмоционального напряжения, беспокойство, гиперестезии. Ночной сон носит поверхностный характер, сопровождается кошмарными сновидениями, обычно кратковременен. Наиболее интенсивные сдвиги в функциональной активности вегетативной нервной системы проявляются в виде колебаний артериального давления, лабильности пульса, гипергидроза, озноба, головных болей, вестибулярных нарушений, желудочно-кишечных расстройств. В ряде случаев эти состояния приобретают пароксизмальный характер, становясь наиболее выраженными во время приступа. На фоне вегетативных дисфункций нередко наблюдаются обострение психосоматических заболеваний, относительно компенсированных до экстремального события, и появление стойких психосоматических нарушений.

Выводы. Динамика, компенсация и, напротив, декомпенсация указанных пограничных форм психических расстройств на отдаленных этапах течения экстремально возникшей жизнеопасной ситуации зависят главным образом от решения социальных проблем, с которыми столкнулись пострадавшие. Собственно медицинские и медико-профилактические мероприятия в этих случаях носят в известной мере вспомогательный характер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антипов В. В. Психологическая адаптация к экстремальным ситуациям / Антипов В. В. – М. : ВЛАДОС-ПРЕСС, 2004.
2. Бодров В. А. Развитие профессиональной мотивации спасателей / В. А. Бодров, Ю. В. Бессонова // Психологический журнал. – № 2. – 2005. – Т. 26. – С. 45–56.
3. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания : диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова – СПб., 2005.
4. Грановская Р. М. Элементы практической психологии / Грановская Р. М. – Л. : ЛГУ, 1988.
5. Дикая Л. Г. Психическая саморегуляция функционального состояния человека (системно-деятельностный подход) / Дикая Л. Г. – М. : ИП РАН, 2003.
6. Елисеева И. Н. Профессиональное здоровье. Синдром выгорания и его профилактика : методические рекомендации / Елисеева И. Н. – М., 2006.
7. Зеер З. Ф. Психология профессий / Зеер З. Ф. – М. : Академический проект, 2006.
8. Кабаченко Т. С. Методы психологического воздействия : [учебное пособие] / Кабаченко Т. С. – М. : Пед-общество России, 2000.

9. Климов Е. А. Введение в психологию труда : [учебник для вузов] / Климов Е. А. – М. : Культура и спорт, ЮНИТИ, 1998.

10. Крюкова М. А. Профессиограмма спасателя поисково-спасательной службы МЧС России : руководство ГУ ЦЭПП МЧС России (филиал ВЦЭРМ МЧС России г. Санкт-Петербург) / Крюкова М. А. – М., 2000.

11. Марищук В. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса / В. Марищук, В. Евдокимов. – СПб. : Сентябрь, 2001.

12. Орел В. Е. Исследование феномена психического выгорания в отечественной и зарубежной психологии / В. Е. Орел // Проблемы общей и организационной психологии. – Ярославль, 1999. – С. 76–97.

13. Приемы психологической саморегуляции для спасателей и пожарных : методич. рекомендации / под общей ред. Ю. С. Шойгу. – М., 2006.

14. Основы психологической саморегуляции / Прокофьев Л. Е. – СПб. : Лань, 2003.

УДК 159.9

Хмель Н.Д., к. психол. н., доцент кафедры теоретической и практической психологии Одесского национального педагогического университета имени К. Д. Ушинского;

Зинченко И.И., психолог, аспирантка кафедры теоретической и практической психологии Одесского национального педагогического университета имени К. Д. Ушинского

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИРОДА РЕЛИГИОЗНОЙ ВЕРЫ

У статті розглядаються підходи до розуміння психологічної природи релігійної віри і дано її визначення.

Ключові слова: релігійна віра, релігійні відчуття, здорова і «токсична» релігійна віра.

В статье рассматриваются подходы к пониманию психологической природы религиозной веры и дано ее определение.

Ключевые слова: религиозная вера, религиозные чувства, здоровая и «токсичная» религиозная вера.

Постановка проблемы. Состояние психического здоровья человека и общества зависит от множества факторов. Одной из важных составляющих личной и общественной жизни является религия. Пути и механизмы влияния религиозной веры на психическое состояние человека активно изучаются в целях их возможного позитивного использования. Однако до сих пор не раскрыта психологическая сущность религиозной веры.

Религиозная вера является предметом изучения нескольких дисциплин: философии, социологии, психологии. В рамках самих этих дисциплин в разное время и с позиций разных теоретико-методологических направлений сформировались представления о природе, развитии, типологии как религиозности, так и религиозной веры.

С позиции психологической науки, актуальность изучения веры обусловлена следующим. В психологии вера признается различными исследователями