

Стюдента визначено характеристики, які мають достовірні відмінності та потребують психолого-педагогічного впливу, для усунення недоліків у процесі підготовки зазначених фахівців в умовах ВНЗ ДСНС України.

ЛІТЕРАТУРА

1. Наказ МНС України від 01.12.2009 р. № 808 «Про затвердження Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників МНС України». – К. : МНС України, 2009. – 127 с. – (Нормативний документ МНС України. Наказ).

2. Снісаренко А. Г. Професіографічний аналіз діяльності начальників караулів Оперативно-рятувальної служби цивільного захисту МНС України: дис. ... кандидата психологічних наук : 19.00.09 : «Психологія діяльності в особливих умовах» / Снісаренко Андрій Григорович. – Харків., 2011. – 243 с.

УДК 159.99: 316.6

Юрчук О.В., Колядінцев Ю.В., курсанти Львівського державного університету внутрішніх справ, спеціальності «практична психологія»

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА ДОПОМОГА ПОСТТРАЖДАЛИМ ВІД КАТАСТРОФ

У статті розглядається вплив екстремальних ситуацій на особистість. Здійснюється аналіз детермінант і психологічних особливостей, які зумовлюють утворення посттравматичного стресового розладу.

Ключові слова: надзвичайна ситуація, психологічний вплив, екстремальність, допомога, посттравматичний стресовий розлад, психологічні особливості.

В статье рассматривается влияние экстремальных ситуаций на личность. Осуществляется анализ детерминант и психологических особенностей, обуславливающих образование посттравматического стрессового расстройства.

Ключевые слова: чрезвычайная ситуация, психологическое воздействие, экстремальность, помощь, посттравматическое стрессовое расстройство, психологические особенности.

Надзвичайна ситуація (НС) – порушення нормальних умов життя та діяльності людей на об'єкті або території, спричинене аварією, катастрофою, стихійним лихом, епідемією, епізоотією, епіфітотією, великою пожежею, застосуванням засобів ураження, що призвели або можуть призвести до людських і матеріальних втрат [1]. У свою чергу людина, яка потрапила в надзвичайну ситуацію, зазнає серйозних змін у своїй психіці, тим самим унеможливує перебіг нормального функціонування своєї життєдіяльності.

Психотерапевтична та соціально-психологічна допомога постраждалим повинна базуватися на наступних положеннях:

1) Системність та багаторівневність впливу. Вказаний принцип має на увазі орієнтованість психотерапії одразу у трьох основних напрямках, у кожному з котрих виділяється декілька рівнів.

Перший напрям – біологічний. У цьому напрямі виділено п'ять рівнів: організму, функціональних систем, фізіологічних систем (системи органів, на

які безпосередньо спрямовуються психотерапевтичні впливи), органів, окремих груп клітин.

Другий напрям – психологічний (психічний). Він включає до себе в основному три рівні: особистісний (вищий та тотальний рівень даного напрямку, що передбачає корекцію особистісних установок, системи моральних цінностей), сфер психіки (сприйняття, емоцій, пам'яті, мислення та інших), окремих якостей сфер психіки (наприклад, укріплення та потенціювання впевненості, спокою, витримки).

Третій напрям психотерапії – соціальний, що передбачає макросоціальну, мікросоціальну реадaptaцію особистості (відновлення або корекція рольових позицій взагалі та у родині, інших мікросоціальних групах), аутореабілітацію.

До основних принципів надання терапевтичної допомоги також відносять наступні:

1) Етапність психотерапевтичних впливів базується на дидактичному підході, тобто ПТ проводиться у три етапи (седативно-адаптуючий, лікувально-коригуючий та профілактично-закріплюючий).

2) Комплексність – один з базових принципів, де мається на увазі як використання інших, крім психотерапії, лікувальних методів (фармако-, фізіо-, рефлексо-, бальнеотерапії, лікувальної гімнастики), так і декілька психотерапевтичних напрямів і технік для одного хворого (одночасно чи послідовно, залежної від завдань етапу системи). Цей принцип дозволяє максимально інтенсифікувати лікування за рахунок взаємного потенціювання ефектів різних впливів, що регулярно використовуються.

3) Диференційоване поєднання та ієрархічність симптоматичної, патогенетичної та профілактичної спрямованості психотерапевтичних заходів залежно від клініко-психопатологічних та анамнестичних особливостей пацієнта, особливостей його психологічного, психічного стану, супутньої патології, впливу шкідливих чинників (психосоціальних, професійних, уражаючих факторів НС тощо) та особистісного реагування хворих на них.

4) Максимальна індивідуалізація психотерапевтичного впливу (вибір його напрямів, технік та їх сполучень) визначається, перш за все, характером психопатологічних проявів, особливостями особистості хворого, наявністю, ступенем важкості органічної (у тому числі соматичної) патології.

5) Перманентність передбачає проведення динамічного спостереження за хворим, якому призначене підтримувальне лікування, та курси психотерапії при повторних госпіталізаціях і амбулаторно.

Принципова схема психотерапевтичного впливу повинна бути наступною:

встановлення продуктивного контакту з постраждалим; дезактуалізація гострої невротичної симптоматики; симптоматична психотерапія; соціально-психологічна корекція; закріплення психопрофілактичних навичок; сімейна психотерапія [2].

Якщо говорити про перший етап, то він передбачає встановлення продуктивних форм взаємодії між постраждалим і лікарем. Це досягається за допомогою раціональної психотерапії. Виробляються позитивне ставлення до лікаря, лікування, здатність аналізувати свій стан та лікувальна перспектива.

Другий етап передбачає психотерапію найбільш актуальних невротичних проявів. До усунення гострої невротичної симптоматики недоцільне використання методик, розрахованих на самостійну активність пацієнта (аутогенне тренування, самогіпноз, психофізична гімнастика і т. ін.). Найбільш ефективними виявляються гіпносугестивна психотерапія та пролонгований сон-гіпноз. У хворих, що погано піддаються гіпнозу, добрий ефект дає сполучення психогігієнічного комплексу з гетеросугестією.

Третій етап психотерапії спрямований на усунення як невротичних симптомів, так і симптомів сомато-неврологічного регістру. Проводиться навчання дихальним вправам, прищеплюються стійкі навички самогіпнозу та елементів психофізичної гімнастики. Підбираються, наприклад, психотерапевтичні прийоми для самостійної профілактики вегетативних пароксизмів, зниження метеочутливості, керування емоційним станом.

Четвертий етап являє собою запобігання соціально-психологічній дезадаптації. Проводиться роз'яснювальна психотерапія, метою якої є підвищення соціальної активності постраждалого, зниження небажаних реакцій на свою хворобу. Формуються трудові установки.

П'ятий етап зазвичай настає незадовго до завершення лікування. Він спрямований на закріплення психопрофілактичних навичок, на активну боротьбу із хворобою. Пацієнт навчається за спеціально підібраним для нього комплексом психотерапевтичних прийомів, які допоможуть йому у переборенні дратівливості, безсоння, головного болю, зниженні актуальності пароксизмальних проявів, метеочутливості.

Шостий етап – заключний. Проводиться робота з родиною та близькими родичами постраждалого. Роз'яснюються особливості захворювання та характерологічні зміни, які можуть настати. Даються рекомендації щодо розпорядку праці, відпочинку та побуту, специфіки спілкування з постраждалим [3].

Мета цього етапу (як заключної стадії) – запобігання конфліктним ситуаціям у родині та максимальна розрядка напруги між пацієнтом та іншими членами родини.

Сеанси психотерапії, особливо на початку курсу лікування, бажано проводити в пристосованому для цього приміщенні. Кабінет має відповідати загальноприйнятим вимогам (затемнення, шумоізоляція, кушетки, крісла і т. ін.).

Найбільш розповсюдженими методами психологічної допомоги є психологічна корекція, гуманістична психотерапія і сімейна психотерапія. Новим видом допомоги є соціальне медіаторство. Психологи допомагають налагоджувати взаємодію між постраждалими і соціальними, державними та медичними установами. Соціальне медіаторство є одним з ефективних способів відновлення адекватної соціальної активності потерпілих. Медіація – вид діяльності, що полягає в оптимізації за допомогою третьої сторони своєї активної діяльності.

Психокорекційна робота також повинна мати певну структуру та відповідати індивідуальним особливостям особистості, на яку вона спрямована. Існують три обов'язкові етапи загального психокорекційного процесу, а саме: підготовчий етап, безпосередньо психокорекція та етап рефлексії позитивних змін та психокорекційної роботи в цілому[4].

Цілями підготовчого етапу є:

встановлення довірливих відносин між психологом та клієнтом;
заспокоєння клієнта.

Безпосередній етап психокорекції включає в себе три блоки:

а) діагностичний блок: 1) діагностика особливостей особистості; 2) вияв факторів ризику; 3) формування загальної програми психокорекції;

б) настановочний блок: 1) формування мотивації роботи клієнта над собою;

2) зняття тривожності; 3) підвищення впевненості клієнта в собі;

в) корекційний блок, метою якого є гармонізація та оптимізація розвитку особистості клієнта: 1) формування навичок саморегуляції; 2) самопізнання за допомогою психолога та психодіагностичних засобів; 3) розвиток самосвідомості: усвідомлення особистістю власних психологічних проблем та зон психологічного дискомфорту; 4) корекція характерологічних рис особистості, які зазнали деструктивного впливу внаслідок надзвичайної ситуації, та структури особистості в цілому; 5) оволодіння засобами взаємодії з внутрішнім та зовнішнім світом особистості;

г) на заключному етапі психокорекційної роботи відбувається: 1) рефлексія позитивних змін особистості; 2) закріплення отриманих психологічних навичок; 3) розвиток антиципаційної спроможності особистості (прогностичних здібностей) на основі конструктивної обробки життєвого досвіду [5].

Для ефективного надання психологічної допомоги людям, постраждалим від різного роду катастроф, можна використовувати різні психологічні та психотерапевтичні методи:

аутогенне тренування (розвиток релаксаційних здібностей та психорегуляційних механізмів особистості);

поведінкову психотерапію, основною метою якої є забезпечення нових умов для навчання особистості, тобто формування нової адаптивної поведінки або подолання поведінки, яка стала неадаптивною. Окремими цілями поведінкової психокорекції є: формування нових соціальних вмій, оволодіння психологічними засобами саморегуляції та подолання шкідливих звичок, зняття стресу та позбавлення емоційних травм;

когнітивну психотерапію, основним завданням якої є формування конструктивних змін у самосприйманні людини в напрямі збільшення об'єктивності та реалістичності її світосприймання в цілому. Адекватність системи когніцій та когнітивна обробка життєвого досвіду особистості є фактором подолання травмуючих переживань людини, психопатологічної симптоматики та оптимізації її функціонування;

гештальт-терапія – забезпечення повноцінної роботи актуальної самосвідомості, завершення гештальтів шляхом виявлення психологічних блоків та їх подолання, формування внутрішнього локусу контролю;

тренінг спілкування, метою якого є розвиток комунікативних навичок особистості;

сугестивна терапія – формування нових умовно-рефлекторних зв'язків, адекватних цілям терапії настанов, гіпноз-відпочинок;

нейролінгвістичне програмування – наведення трасового стану як спри-

яння позасвідомому «лікуванню» свідомих установок, досягнення гіпнотичного стану;

імаго-терапія – навчання методам адекватного реагування у важких життєвих ситуаціях, мобілізації власного життєвого досвіду, розвитку деформованого «образу Я», творчих здібностей та збагачення емоційних ресурсів людини;

арттерапія. Цілями арттерапії виступають подолання важких переживань людини, сублімація агресивності та інших негативних почуттів, розвиток творчого самовираження та гармонізація особистості в цілому;

екзистенціально-гуманістична терапія, яка ґрунтується на принципах емпатії, аутентичності, безумовного прийняття особистості клієнта з боку психотерапевта (психолога) і спрямована на особистісне зростання клієнта, розвиток його конгруентності, прийняття відповідальності за своє життя і вирішення проблемних ситуацій;

ціннісно-моральнісно-зорієнтована терапія – психокорекція світоспогляданням, ідеалами (перебудова системи цінностей, формування цілющого духовного світоспоглядання, коли людина виходить за межі власної особистості, що страждає, і відчуває себе частиною людства в цілому).

Через залучення особистості до духовних цінностей, відчуття власної індивідуальності та самоцінності досягаються зміни психосоматичного стану, зниження тривожності особистості;

логотерапія, завданням якої є знаходження сенсу життя людиною, яка страждає. Основним постулатом логотерапії є положення, що унікальний сенс життя може бути завжди знайдений людиною у творчості, емоційних переживаннях та свідомому прийнятті життєвих обставин, які людина не здатна змінити [6].

При їх застосуванні треба віддавати перевагу індивідуальним формам роботи.

Отже, екстремальні ситуації викликають у людини сильний стрес, призводять до значної нервової напруги, порушують рівновагу в організмі, негативно позначаються на здоров'ї в цілому – не тільки фізичному, але і психічному. Кожна людина в таких ситуаціях реагує по-різному. Процедура надання психологічної допомоги в екстремальних ситуаціях має свою специфіку. Усе залежить від мети психологічного впливу: в одному випадку треба підтримати, допомогти; в іншому – слід припинити, наприклад, чутки, паніку; у третьому – провести переговори.

У потерпілого в надзвичайній ситуації можуть з'являтися реакції, викликані травмою – емоційним шоком, що різняться у динаміці психічних станів: страх; апатія; ступор; рухове збудження; агресія; нервове тремтіння; плач; істерика; паніка. Тому психологам необхідно виявляти таких людей і надавати їм якісну психологічну допомогу, яка б у майбутньому могла б забезпечити їх подальше нормальне функціонування в суспільстві.

Екстремальними називаються ситуації, які небезпечні для життя, здоров'я і благополуччя значних груп населення, обумовлені стихійними лихами, катастрофами, аваріями, або застосуванням супротивником у випадку війни різних видів зброї, і викликають реакції організму і особистості, які знаходяться на межі патологічних порушень.

Стихійні лиха і катастрофи – екстремальні ситуації, що виникають зазвичай зненацька, при яких створюється загроза не тільки нормальному існуванню і здоров'ю, але й самому життю значної кількості людей [8].

Особливості психопатологічних розладів в екстремальних ситуаціях:

Внаслідок множинності раптово діючих психотравмуючих факторів в екстремальних ситуаціях виникає одночасне виникнення психічних розладів у великої кількості людей.

Клінічна картина в таких випадках не носить чітко індивідуального, як при звичайних психотравмуючих обставинах, характеру і зводиться до невеликої кількості достатньо типових проявів.

Незважаючи на розвиток психогенних розладів і життєво небезпечну ситуацію, яка продовжується, постраждалий вимушений продовжувати активну боротьбу з наслідками стихійного лиха (катастрофи) заради виживання і збереження життя близьких і всіх оточуючих.

На вірогідність розвитку безпосередніх і віддалених негативних наслідків екстремальної ситуації впливає ряд чинників:

1. Особливості ситуації (раптовість, тривалість, патогенна виразність, особливо – безпосередня вірогідність смерті).

2. Певні особистісні прояви:

а) ідентифікація себе з жертвою;

б) спадкова обтяженість психічними захворюваннями;

в) підвищена психічна ранимість (збірний термін) – це емоційна нестійкість, невпевненість, підвищена тривожність, зловживання алкоголем, відчуття безпорадності, екстернальний локус контролю;

г) межова психічна патологія (наявність неврозів, психопатичних рис характеру);

д) наявність психічних травм у минулому, особливо – недавні (особливо протягом останнього року) психотравмуючих подій в особистому житті;

е) отримання психічної травми в дитячому або немолодому (старше 50–60 років) віці.

2. Невизначеність віддалених наслідків.

3. Недостатня соціальна адаптація (як на момент екстремальної ситуації, так і у віддаленому періоді).

4. Пізнє лікування або його відсутність.

У 1980 р. для позначення відставлених і або зтяжних негативних наслідків стресових ситуацій був запропонований термін «посттравматичний стресовий розлад» ПТСР (post traumatic stress disorder – PTSD). ПТСР розвивається у 20–25% людей, що піддалися стресовій дії, але ще зберегли своє фізичне здоров'я; серед поранених поширеність цих порушень – близько 40%. В цілому прояви ПТСР спостерігаються у 1–3% всього населення (у жінок приблизно в 1,5 рази частіше), а окремі компоненти цього розладу – у 5–15% населення [7].

ПТСР (F 43.1) – розлад, що виникає як відставлена і /або зтяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або зтяжну) загрозового або катастрофічного характеру, що може викликати загальний дистрес майже у будь-якої людини.

Основний прояв ПТСР (F43.1 за МКХ-10):

1) Постійне повернення людини до переживань, пов'язаних із психотравмуючою подією, що носила загрозливий або катастрофічний характер, протягом 6 місяців після важкої травматичної події:

- нав'язливі спогади, фантазії, уявлення про пережите (ремінісценції), що постійно повторюються і викликають неприємні емоційні переживання;
- сни і нічні кошмари, пов'язані з психотравмуючою подією, що постійно повторюються;
- так званий «флешбек»-ефект;
- спалахи негативних емоційних станів, спровокованих якими-небудь подіями, що асоціюються з обставинами «події».

2) Стійке прагнення людини уникати всього, що хоча б опосередковано може нагадувати їй про травму:

- прагнення уникати будь-яких думок або ситуацій, які пробуджують спогади про травму;
- нездатність відтворити в пам'яті основні, важливі елементи травмуючої ситуації;
- помітна втрата колишніх інтересів і захоплень;
- відчуття відчуженості, усунення від оточуючих з формуванням своєрідного відсторонення від навколишнього реального світу; заціпеніння почуттів і уникнення стимулів, що могли би викликати спогади про травму;
- помітне зниження позитивних емоційних переживань;
- невпевненість у майбутньому.

3) Прояви підвищеної збудливості, відсутні до травми:

- труднощі із засинанням або сном;
- підвищена дратівливість або спалахи гніву, страху, паніки або агресії, що провокуються стимулами, які викликають несподіваний спогад про травму або про початкову реакцію на неї;
- утруднення при необхідності сконцентрувати увагу;
- гіпертрофована пильність і різкі реакції на раптові подразники;
- сомато-вегетативні розлади в ситуаціях, що нагадують психотравмуючу.

Вираженість симптомів коливається, але посилюється під час стресових ситуацій.

Сприятливий прогноз буває при:

- швидкій появі і недовгому існуванні симптомів;
- доброму фізичному і психічному стані до виникнення ПТСР;
- відсутності інших психічних і соматичних захворювань;
- стійкому соціальному положенні;
- віці 20–40 років;
- наявності соціальної підтримки з боку суспільства і особливо групи близьких людей (соціальні компенсації певним категоріям потерпілих осіб повинні бути обґрунтовані, оскільки необґрунтовані компенсації формують рентні установки і сприяють соціально-психологічній напруженості).

В МКХ-10 посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) представлено у розділі «Невротичні, пов'язані зі стресом, і соматичні розлади» F40– F48 і кодуються залежно від провідного синдрому.

ЛІТЕРАТУРА

1. Актуальні проблеми психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф / С. І. Табачников, Є. Г. Гриневич, В. В. Домбровська, М. В. Маркова, А. В. Шубін, О. М. Лещенко, І. М. Башинська // *Архів психіатрії*. – 2002. – № 1. – С. 24–27.
2. Богницкая Т. Н. Организация медицинской помощи при массовых катастрофах за рубежом / Богницкая Т. Н., Эскина Л. Ю., Колесников В. Д. и др. // *Социальная гигиена, организация и управление здравоохранением*. – 1986. – Вып. 6. – 46 с.
3. Закон України від 08.06.2000 р. № 1809–III «Про захист населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру».
4. Закон України від 14.12 1999 р. № 1281–XIV «Про аварійно-рятувальні служби».
5. Головин С. Ю. Словарь психолога практика / Головин С. Ю. – М. : Харвест, 2003. – 256 с.
6. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации / Малкина-Пых И. Г. М. : Эксмо, 2006. – 412с.
7. Москаленко В. Ф., Горбань Є. М., Табачников С. І. Актуальні проблеми соціальної психіатрії в Україні // *Лікарська справа*. – 2001. – № 2. — С. 3–9.
8. Напрееенко О. К. Клінічна характеристика варіантів перебігу посттравматичного стресового розладу / О. К. Напрееенко, Т. Є. Марчук // *Архів психіатрії*. – 2002. – № 1. – С. 117–119.
9. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Тарабрина Н. В. – СПб. : Питер, 2001. – 389с.

УДК 159.923:62

Яковицкая Л.С., Донецкий национальный технический университет

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОЦЕССОВ КУЛЬТУРАЛИЗАЦИИ И САМОРЕАЛИЗАЦИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ТЕХНИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

У статті розглядається механізм культуралізації і його значущість для процесу само-реалізації особистості в науково-технічній діяльності. Розкриваються психологічний зміст і характер механізму культуралізації в науково-технічній діяльності. Вивчається його вплив на процес самореалізації фахівця в науково-технічній діяльності, вибори ним тих або інших способів взаємодії в професійному середовищі, які найбільшою мірою, на його думку, забезпечують розвиток і реалізацію власного потенціалу. Проаналізовані результати емпіричного дослідження, яке було направлено на вивчення міри задоволеності необхідними культурними характеристиками професійного середовища у фахівців технічного вузу. Сформульовані основні вимоги до процесу культуралізації в науково-технічній діяльності.

Ключові слова: самореалізація, культура, культуралізація, механізм культуралізації.

В статье рассматривается механизм культурализации и его значимость для процесса самореализации личности в научно-технической деятельности. Раскрываются психологическое содержание и характер механизма культурализации в научно-технической деятельности. Изучается его влияние на процесс самореализации специалиста в научно-технической деятельности, выборы им тех или иных способов взаимодействия в профессиональной сре-