

определения и трактовки понятия «субъективное жизненное пространство», на которые опирается автор в своем исследовании. Раскрыты основные подходы в изучении феномена оптимистичности как атрибутивного стиля, как диспозиционного оптимизма, в контексте субъектно-средового и экпсихологического подходов. Определено соотношение понятий оптимистичности / пессимистичности личности и содержательных характеристик субъективного жизненного пространства.

Article tells us about the phenomenon of optimism or pessimism of personality in the context of vital space. Described of determination and interpretation is concepts «Subjective vital space», against which an author leans in the research. Basic approaches are exposed in the study of the phenomenon of optimistic as attributive style, as disposition optimism, in the context of subject-environment and ecological-vital approaches. Correlation of concepts of optimism/ pessimism of personality and rich in content descriptions of subjective vital space.

Статью подано до друку 12.06.2014.

©2014 р.

Н. В. Сафронова (г. Баку)

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПРЕОДОЛЕНИИ НЕГАТИВНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕГО СТРЕССА

Чрезвычайные ситуации получают в современных социально-политических условиях все более широкое распространение, поэтому интерес к психологии экстремальных ситуаций в современном мире неуклонно растет. Психология экстремальных ситуаций составляет к настоящему времени один из важнейших разделов прикладной психологии, который включает в себя как диагностику психических состояний человека, переживающего или пережившего чрезвычайные обстоятельства, так и направления, методы, техники и приемы психологической помощи.

Проблема медико-психологических последствий пребывания человека в критических и экстремальных ситуациях, которые угрожают его жизни и здоровью, в данное время относится к числу наиболее актуальных в связи с большим количеством стихийных и антропогенных катастроф, критических инцидентов, которые случаются в жизни общества. Стресс, который переживается человеком в подобных ситуациях, получил обозначения травматического, то есть способного вызывать психическую травму. После пережитой психической травмы развиваются нарушения всех уровней функционирования (физиологического, личностного, уровня межличностного и социального взаимодействия), которые приводят к стойким личностным изменениям не только у тех людей, которые непосредственно пережили стресс, но и у очевидцев, членов их семей, спасателей и др. А у тех, кто пережил травматический стресс, с большой степенью вероятности появляется комплекс симптомов, который получил название «посттравматическое стрессовое расстройство» - ПТСР (Posttraumatic Stress Disorder - PTSD) [6]. Критерии диагностики этого расстройства были включены в американский национальный диагностический психиатрический стандарт (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) [7], подготовленный Американской психиатрической ассоциацией). В 1994 г. в США введена новая, четвертая редакция – DSM-IV. Некоторое время диагноз ПТСР как самостоятельная нозологическая форма в группе тревожных расстройств существовал только в США. Однако в 1995 г. это расстройство и его диагностические критерии из DSM были введены и в десятую редакцию Международного классификатора болезней МКБ-10, основного диагностического стандарта в европейских странах [8].

По данным статистики в европейских странах число лиц с посттравматическими стрессовыми расстройствами достигает до 2-5 % от численности всего населения. Отмеченное обстоятельство диктует необходимость интенсификации изучения проблемы психологической помощи в преодолении негативных последствий посттравматических стрессовых расстройств.

Значительное внимание уделяется в 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 под названием посттравматического стрессового синдрома, или посттравматического стрессового 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, такие, как 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 [1].

ПТСР оказывает влияние на всю жизнь, лишая человека одних из самых важных, определяющих поведение чувств – безопасности и самоконтроля, вызывая сильное, порой непереносимое напряжение. И если это напряжение не снимается, то целостности психики угрожает реальная опасность быть нарушенной.

Процесс формирования постстрессовых нарушений включает в себя следующие стадии:

- травматический стресс (во время критической ситуации и сразу после нее – до 2 суток);
- острое стрессовое расстройство (в течение 1 месяца после критического инцидента);
- посттравматическое стрессовое расстройство (спустя более месяца после экстремальной ситуации);
- посттравматическое расстройство личности (на протяжении последующей жизни человека, пережившего травму).

В международной классификации психических нарушений в травматическом стрессе выделяют три группы симптомов: симптом повторного переживания (или «вторжения»), симптом избегания и симптом физиологической гиперактивации.

Основными диагностическими критериями для выделения психических расстройств в ПТСР являются следующие:

1. Наличие в анамнезе события, выходящего за рамки обычного человеческого опыта; воздействие данного события для большинства людей является стрессогенным фактором.
2. Постоянное возвращение человека к переживаниям, связанным с травмировавшим его событием.
3. Устойчивое стремление человека избегать или «блокировать» всё, что хотя бы отдаленно может напомнить ему о травме.

4. Устойчивые симптомы, отражающие повышенный уровень возбудимости и появившиеся после травмы. Для диагностики ПТСР необходимо наличие у субъекта не менее двух из шести симптомов:

- 1) нарушения сна;
- 2) повышенная раздражительность или вспышки гнева;
- 3) затруднения при концентрации внимания, рассеянность;
- 4) гипертрофированная бдительность;
- 5) гипертрофированная стартовая реакция;

6) повышенный уровень физиологической реактивности на события, которые могут по ассоциации или непосредственно напомнить об обстоятельствах травмы.

5. Срок, в течение которого у больного наблюдалось проявление всех остальных симптомов, должен быть как минимум не меньше месяца. Только в этом случае может идти речь о наличии посттравматических стрессовых нарушений – ПТСР-синдрома.

В настоящее время существуют различные психологические концепции и взгляды на процесс оказания психологической помощи лицам, перенесшим психотравмирующий стресс. Среди них можно выделить следующие:

– психоаналитические, отражающие психоаналитический подход к личности и к психической травме. Их сущность заключается в преодолении психической травмы и негативных изменений в “эго”, гармонизации отношений в системе “эго” и “суперэго”, расширении сферы сознания;

– поведенческие, основанные на бихевиористском подходе. Главную причину последствий психотравмирующего стресса представители данного направления видят в том, что те формы поведения и реакции, которые человек приобретает после перенесенной психотравмы, не соответствуют формам поведения и реакциям, которые необходимы или целесообразны в повседневной жизни. Задача поведенческой психотерапии - помочь человеку привести его поведение и реакции в соответствие с принятыми в обществе нормами;

– когнитивные концепции объясняют причины последствий воздействия стрессоров в резком изменении представлений о себе, о жизни, о мире, о безопасности своих близких в этом мире. Задача когнитивной терапии - помочь сформировать травмированной личности более адаптивное представление окружающей действительности;

– психофизиологические модели исходят из условно-рефлекторного подхода проявления последствий стресса, определяя, что в основе негативных психических последствий психотравмирующего стресса лежит прочно сформировавшийся условный рефлекс. Психологическая помощь должна оказываться в направлении разрушения или переструктурирования условно-рефлекторных связей.

В практике оказания психологической помощи выделяют три методологических подхода.

Первый подход основывается на идее, что для успешной коррекции психических нарушений необходимо точно знать этиологию и патогенез этих нарушений. В качестве примера можно привести патогенетическую психотерапию и психоанализ.

Второй подход исходит из предположения, что, воздействуя на конкретные проявления психических нарушений, можно добиться общего улучшения психического состояния, например техники NLP.

Третий подход основывается на знании и выявлении структурных компонентов психотравмирующего стресса – конкретных посттравматических состояний (как правило, это - просьбы или жалобы, с которыми обращаются участники психотравмирующих событий), с целью воздействия на каждое такое состояние наиболее адекватным природе его возникновения психокоррекционным методом. Подобная стратегия основывается на работе не

с синдромом в целом, а с возникающими в процессе его формирования конкретными и целостными психическими состояниями. Центральной задачей психотерапевта, в данном случае, является создание условий для постепенной ассимиляции психотравмирующего опыта.

В рамках третьего подхода используют конкретные методы коррекции психических состояний. Методы, включающие различные виды психологической помощи: рациональная терапия, трансмедитативная (методы психической саморегуляции), когнитивная, поведенческая, личностно-ориентированная, терапия искусством, творческим самовыражением и т.д. Используются и разные формы ее проведения (индивидуальная, групповая, семейная). Направлена эта терапия может быть на разные возрастные категории пациентов (дети и подростки, взрослые, люди пожилого возраста). Основные психические травмы следующие: угроза жизни и целостности Я-образа (изнасилование, физические и психические методы пыток, боевой стресс и т.п.), потеря близкого окружения (члены семьи, близкие родственники, друзья), потеря благополучия (места жительства, материальных ценностей) в результате стихийного бедствия или вынужденного переселения.

При организации психологической помощи лицам, перенесшим психотравмирующий стресс, применении определенного вида и формы психологического воздействия необходимо учитывать четыре ключевых момента:

- психотравмирующее событие и непосредственную реакцию на него, сопровождающуюся, как правило, его отрицанием;
- последующее осознание и повторное переживание негативных аспектов, имеющих отношение к психической травме;
- попытки контролировать, снизить или устранить навязчивые мысли путем использования взаимодействия психологических механизмов отрицания психотравмы и повторения психотравмирующих переживаний;
- интеграцию психотравмирующего опыта и его позитивное или негативное влияние на личность, отношение со значимыми другими и окружающими в целом [2].

В арсенале психотерапевта, работающего в чрезвычайной ситуации, как правило, достаточно большое количество психотерапевтических и психокоррекционных направлений, из которых он выбирает наиболее подходящие для конкретного человека, находящегося в данной ситуации и в определенном состоянии. Рассмотрим некоторые из них более подробно.

Нейро-лингвистическое программирование (НЛП) — достаточно новое направление психотерапии. В 1973 г. вышла первая книга, посвященная этому методу; написанная Джоном Гриндером и Ричардом Бэндлером. НЛП обладает уникальными возможностями, в том числе и при оказании экстренной психологической помощи. Это целая концепция консультирования, ориентированная на реальный результат, причем максимально быстро и безболезненно для клиента, что особенно важно и критической ситуации. Множество техник, предлагаемых в рамках этого направления, позволяют эффективно справляться с поставленными задачами при оказании психологической помощи (техника быстрого лечения фобий, «круги силы», смены модальностей и др.)

Телесноориентированная терапия зародилась в XX в., ее прародителем можно считать Вильгельма Райха и его последователя Александра Лоуэна. Этот вид психотерапии очень важен при экстренной психологической помощи, так как любая стрессовая ситуация воздействует на тело человека, сказывается на движении, дыхании, мышечном напряжении, общем тоне. Стресс часто вызывает проблемы со здоровьем психосоматической природы (язва желудка, гипертония и др.). Таким образом, обеспечение нормального психологического самочувствия напрямую зависит от комфорта телесного, физического. Расслабление мышечного каркаса позволяет получить полноценный отдых и восстановление сил, что крайне

желательно в кризисной ситуации, физическая поддержка позволяет человеку почувствовать, что он не одинок перед лицом постигшего его несчастья. Набор техник телесноориентированной психотерапии достаточно велик и используется специалистами-психологами в широком диапазоне ситуаций для оказания помощи пострадавшим [5].

Арттерапия - мощный инструмент, позволяющий выразить чувства и эмоции, в том числе и негативные, в символической форме, проработать подавляемые чувства и мысли, диагностировать внутреннее состояние клиента. Термин «арттерапия» появился в 1938 г., благодаря работе Адриана Хилла с больными туберкулезом. Позднее этот термин стал употребляться по отношению ко всем видам занятий искусством, которые проводятся в целях психологической помощи. Это делает возможным достаточно широкое использование приемов арттерапии для оказания психологической помощи в чрезвычайных ситуациях. Особенно значимой является возможность применения приемов арттерапии для помощи детям, начиная с дошкольного возраста.

Название «позитивная психотерапия» впервые было введено в 1972 г. Н.Пезешкианом для обозначения собственной психотерапевтической концепции и стратегии. Само слово «позитивная» предполагает противопоставление направлениям психотерапии, которые центрируются на негативных аспектах жизни клиента: психоанализ, гуманистическая и поведенческая психотерапия. Термин «позитивная психотерапия» может использоваться также и в широком контексте. Техники краткосрочной позитивной психотерапии в большей степени направлены на создание ресурса, на возможность посмотреть на проблему с другой стороны, увидеть позитивные моменты в жизни. Гибкость применяемых методов, возможность конструирования техник для каждого конкретного случая, для каждой конкретной ситуации, позволяет использовать это направление достаточно эффективно.

На современном этапе существует множество психотерапевтических концепций, использующих внушение, суггестивное воздействие, к их числу можно отнести эриксоновский гипноз, аутогенную тренировку и многое другое [3, с. 137].

В экстремальной ситуации резко нарушаются когнитивные процессы и человек под воздействием эмоций может делать неверные выводы о том, что произошло, грозит ли ему опасность и в каком объеме она грозит, кто виноват в том, что случилось. При помощи рациональной психотерапии возможно восстановить верный причинно-следственный порядок [4, с. 154]. Применение этого метода позволяет снизить психологическое напряжение у пострадавшего. В условиях ликвидации последствий чрезвычайной ситуации этот метод может применяться индивидуально и в мини-группах. Применение рациональной психотерапии экономично по времени и не требует особых условий.

Следует отметить также огромное количество методов релаксации и саморегуляции. К ним можно отнести суггестивную технику аутогенной тренировки, технику активной и пассивной мышечной релаксации, медитации, а также огромное количество других методов.

Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что практика оказания психологической помощи в преодолении негативных последствий психотравмирующего стресса имеет своей целью поддержание психического и психофизиологического самочувствия человека, а также работу с его негативными эмоциональными переживаниями. Достижение этой цели определяет значительное снижение вероятности возникновения различных отсроченных последствий у пострадавших (психосоматические проблемы, ПТСР и др.).

Используемые методы психологической помощи людям, пережившим психотравмирующее событие, зависят от времени, прошедшего с момента травматического события; от реакции человека; от ситуации, развивающейся после события; от характеристик и методологических предпочтений самого психолога; от организационных моментов.

В зависимости от условий чрезвычайной ситуации и психофизиологических особенностей каждого человека необходимо выбирать или разрабатывать индивидуальную тактику работы с пострадавшим. В этой работе могут быть использованы не только вышеописанные методы, но и другие методики и технологии оказания психологической помощи, которые позволят наиболее эффективно преодолеть негативные последствия психотравмирующего стресса. Специалисту-психологу следует применять не один метод, а целый набор техник и методик, которые сочетаются друг с другом и подходят для оказания психологической помощи в каждой конкретной ситуации.

Литература

1. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. – М.: Изд-во «Эксмо», 2005, 960 с.
2. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – М.: Изд-во «Эксмо», 2008, 928 с.
3. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – М.: Изд-во «Речь», 2007, 256 с.
4. Психология экстремальных ситуаций. -М.: Изд-во «Академия, Смысл», 2009. – С. 152-234.
5. Соловьева С.Л. Справочник практического психолога: Психотерапия. – М.: АСТ; 2007, 524 с.
6. Орел В.Е. Психологическое изучение влияния профессии на личность // Реферативный сборник избранных работ по грантам в области гуманитарных наук. Екатеринбург, 2006. С. 113—115.
7. *Diagnostical and Statistical Mannual of Mental Disorders*. USA 1993; 4.
8. Международная статистическая классификация болезней и родственных проблем здравоохранения. Десятый пересмотр. Киев, «Здоровье», 2001.-Т.3.- 817 с.

В статті розглядаються теоретичні і методологічні підходи до проблеми психологічної допомоги в подоланні негативних наслідків психотравмуючого стресу, наводяться різні психотерапевтичні і психокорекційні напрями, використовувані при організації психологічної допомоги.

This article examines the theoretical and methodological approaches to the problem of psychological aid in overcoming the negative effects of psycho-traumatic stress, there are various psychotherapeutic and psycho-correction directions used in organization of psychological aid.

Статтю подано до друку 12.06.2014.

©2014 р.

С. А. Богданова, О. В. Темрук (м. Київ)

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ РЕЛІГІЙНИХ ОРІЄНТАЦІЙ УКРАЇНЦІВ

Актуальність. Зростання наукового інтересу до проблем релігії і релігійності пов'язане з необхідністю переосмислення її ролі для суспільства та індивіда. Сучасне секуляризоване суспільство, що мало зважає на релігію і функціонує на суто раціональних засадах, вже не здатне заперечувати тривожні тенденції та загрози, з якими воно неспроможне впоратися. Збройні конфлікти, ядерна загроза, екологічна катастрофа, зростання злочинності, вандалізм, депресії і невротичні розлади, алкогольна та наркотична залежність, азартні ігри, розлучення,