

ЛІТЕРАТУРА

1. Булатевич Н. М. Емоційне вигорання як вияв неконгруентності особистості та професійної діяльності / Н. М. Булатевич // Матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції «Проблеми емпіричних досліджень у психології». – К. : ОВС, 2012. – 214 с.
2. Зеер Э. Ф. Психология профессий: учебное пособие для студентов вузов. – 2-е изд., перераб. доп. / Зеер Э. Ф. – М. : Академический проект, 2003. – 336 с.
3. Климов Е. А. Психология профессионала / Климов Е. А. – Воронеж : МОДЭК, 1996. – 400 с.
4. Леонова А. Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса / А. Б. Леонова // Вестник Моск. ун-та. – Сер. 14. Психология. – М., 2000. – № 3. – С. 4–19.
5. Маркова А. К. Психология профессионализма / Маркова А. К. – М. : Гардарики, 1996. – 308 с.
6. Носкова О. Г. Психология труда : [учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. Е. А. Климова]. – М. : Академия, 2004. – 384 с.
7. Овчинников Б. В. Профессиональный стресс и здоровье / Б. В. Овчинников, А. И. Колчев // Психология профессионального здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Питер, 2006. – С. 204–213.
8. Онуфрієва Л. А. Психологічні детермінанти розвитку професійної самосвідомості й особистісної зрілості майбутніх фахівців соціономічних професій / Л. А. Онуфрієва // Зб-к наук. праць Кам'янець-Подільського нац. ун-ту імені Івана Огієнка / за ред. Л. П. Мельник, В. І. Співака. – Вип. XVIII, Серія : соціально-педагогічна. – Кам'янець-Подільський : Медобори-2006, 2012. – С. 310–321.
9. Старик В. А. Порівняльна характеристика синдрому професійного вигорання у фахівців соціономічних та технічних професій (на прикладі педагогів та рятувальників) / В. А. Старик // Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія. – Харків : ХНПУ, 2012. – Вип. 44, Частина II. – С. 207–214.

УДК 355.133.4(044)

Стасюк В.В., д. психол. н., професор, професор кафедри морально-психологічного забезпечення діяльності військ гуманітарного інституту Національного університету оборони України ім. Івана Черняхівського, м. Київ

ОПЕРАТИВНА ПСИХОКОРЕКЦІЯ СТАНІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВІЙСЬКОВИХ КОЛЕКТИВІВ: ДІАГНОСТУВАННЯ, КОМПЛЕКСНІ ЗАХОДИ

У статті розкриваються сучасні підходи до організації та надання психологічної допомоги військовослужбовцям у ході ведення бойових дій.

Ключові слова: психологічна допомога, психологічна корекція, особовий склад.

В статье раскрываются современные подходы к организации и предоставлению психологической помощи в ходе ведения боевых действий.

Ключевые слова: психологическая помощь, психологическая коррекция, личный состав.

Постановка проблеми. У ході ведення особовим складом бойових дій дуже частими є випадки, коли воїн, незважаючи на психологічний супровід, все-таки починає відчувати сильний страх, який при бездіяльності відповідних посадових осіб та товаришів по службі може перерости у паніку. Афективний страх (тваринний жах) – найдужчий страх, викликаний надзвичайно небезпечними, складними обставинами бою, який паралізує на деякий час здатність до довільних дій.

У кожної людини існує індивідуальна межа психічної напруги, після якої починають переважати захисні реакції: спроба сховатися, замаскуватися, прагнення ухилитися від небезпеки, покинути загрозливу обстановку тощо. У такому стані психікою людини починають керувати її несвідомі рівні.

Виховання почуття подолання страху зазвичай спрямоване на вироблення вміння володіти собою. Говорячи про виникнення страху і методи його придушення, вітчизняні військові психологи підкреслюють, що воїни не повинні бути надто залежними від зовнішніх обставин бою і своїх природних інстинктів. Поведінка людини у вирішальній мірі повинна визначатися спрямованістю особистості, особливостями характеру, інтелекту, волі, емоцій, здібностей. Саме на базі всього цього народжуються самопожертва, ризик, взаємовиручка в таких ситуаціях, де, здавалося б, повинен панувати інстинкт самозбереження. Тому проблема подолання страху завжди стояла і стоїть перед тими, хто виховує і готує захисників Батьківщини. Без психологічної підготовки багато воїнів можуть зазнавати впливу емоції страху, що призведе до їх подальшої неспроможності вести збройну боротьбу. Якщо навіть вони виживають у бою, то отримують бойові психічні травми.

Разом з тим військовому психологу слід бути готовим до того, що, незважаючи на якісну психологічну підготовку та психологічний супровід бойових дій особового складу, частина воїнів буде впадати в негативні психоемоційні стани, переживати нестандартні астенічні реакції, отримувати різноманітні психічні розлади, що визначає необхідність надання оперативної психологічної допомоги постраждалим бійцям.

Страх займає головне місце серед негативних переживань воїна у стані стресу. За своїм змістом це переживання проявляється у вигляді страху смерті, болю, поранення, стати калікою, втрати боєздатності й поваги товаришів по службі тощо.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Розрахунки показують, що гострі психологічні стресові реакції матимуть місце протягом перших діб бою не менше ніж у 5–7 %. При цьому у 80 % військовослужбовців вони будуть швидкоплинними й зміняться залежно від бойової обстановки. У 20 % воїнів тривалість існування субклінічних розладів перевищить 1–2 години. Кількість розладів психіатричного характеру в загальній структурі санітарних втрат знаходитиметься в межах 10–14 % від загальної чисельності особового складу. У разі збільшення цього показника до 50 % може виникнути хвороблива симптоматика в інших військовослужбовців (астенічне навіювання та зараження) [10].

Відповідно метою психологічної допомоги є збереження психологічного здоров'я та бойової активності воїнів та військових підрозділів.

Основні завдання психологічної допомоги [10]:

1. Сприяння в мобілізації й активізації бойової готовності і боєздатності.
2. Зняття психологічного напруження та втоми.
3. Швидке повернення в підрозділи військовослужбовців, котрі за характером психічних травм не потребують госпіталізації.
4. Відновлення психологічної стійкості деморалізованих і дезорганізованих підрозділів.

З урахуванням досвіду локальних війн сформувалися такі основні принципи психологічної допомоги:

1. Наближеність – психологічна допомога повинна бути максимально наближеною до підрозділу, проводиться в ньому.
2. Швидкість – реабілітаційні заходи потрібно застосовувати у найкоротші строки, відразу після виявлення ознак психічних розладів.
3. Надійність – організація психологічної допомоги повинна передбачати формування і підтримку в особового складу впевненості в обов'язковому отриманні необхідної медичної допомоги.
4. Простота – діагностичні, лікувальні та реабілітаційні заходи повинні бути нескладними, загальнодоступними.

Також у наданні психологічної допомоги слід керуватися іншими принципами її надання [8]:

1. нормалізація;
2. партнерство і підвищення гідності особистості;
3. індивідуальність;
4. специфічність;
5. комплексність;
6. індивідуальність;
7. спрямованість;
8. етапність.

До надання психологічної допомоги з урахуванням зазначених принципів можуть бути залучені різноманітні сили – сам воїн, що зазнав страху незначної інтенсивності, бойові товариші, психологічний актив, командири низової ланки, медичні працівники, офіцери-психологи, командири підрозділів та їх заступники з виховної роботи. Відповідно, психологічна допомога диференціюється на:

- самодопомогу;
- сумісну психологічну допомогу;
- спеціалізовану психологічну допомогу.

При наданні психологічної допомоги у ході ведення бойових дій доречно обирати та комплексно застосовувати ті її види, які є найбільш доречними за наявних обставин, у кожній конкретній ситуації [2]. При цьому види психологічної допомоги бувають наступними:

1. Психологічне інформування;
2. Психодіагностика;
3. Психологічна підтримка, психологічне консультування;
4. Психопрофілактика, психологічна корекція;
5. Психотерапія.;
6. Психологічна реабілітація.

Психологічне інформування – надання військовослужбовцю допомоги через повідомлення йому об'єктивної психологічної інформації. Особливість цього виду допомоги полягає в тому, що психолог несе відповідальність за достовірність інформації та форму її повідомлення. Військовослужбовець самостійно формує ставлення до цієї інформації й сам вирішує, як її в подальшому використовувати.

Мета статті – розкрити сучасні підходи щодо оперативної психокорекції станів військовослужбовців та військових колективів у ході ведення бойових дій.

Виклад основного матеріалу. Для проведення психодіагностики у ході ведення бойових дій використовується психометрія, яка займається кількісним вимірюванням індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовця, його наявного психоемоційного стану, на основі чого здійснюється підбір та застосування відповідного комплексу подальших заходів психологічної допомоги.

Психологічна підтримка спрямовується на актуалізацію існуючих і створення додаткових психологічних ресурсів, які забезпечують активні дії військовослужбовців на полі бою.

Психологічне консультування – безпосередня робота з військовослужбовцем, спрямована на вирішення його різноманітних психологічних проблем – екзистенційних, міжособистісних, сімейних, професійних.

Під психопрофілактикою розуміється система організаційних, інформаційних, соціально-психологічних та інших заходів, спрямованих на забезпечення адаптації військовослужбовців до умов ведення бойових дій; забезпечення ефективності ведення ними збройної боротьби шляхом підтримання, зміцнення та відновлення їх оптимального психологічного стану [10].

Психологічна корекція – організований вплив на військовослужбовця з метою зміни показників його активності відповідно до норми психічного стану, усунення негативних психоемоційних станів.

Психотерапія передбачає активний вплив психотерапевта на особистість воїна, його психічну реальність з метою її відновлення або реконструкції.

Психологічна реабілітація передбачає повернення особовому складу психофізіологічного здоров'я.

У наданні психологічної допомоги в даній системі використовуються наступні методи:

1. Медикаментозні (застосування транквілізаторів, седативних засобів).
2. Психофізіологічні (гіпноз, тренування, сон, відпочинок, екстрасенсорний вплив).
3. Комунікативні (інформування, консультування, психокорекція).
4. Аутогенні (саморегуляція, самокорекція, самоаналіз, медитація).
5. Організаційні (захист від негативного інформаційно-психологічного впливу противника, переміщення та перерозподіл особового складу, зміна керівництва, виведення із бою, переформування).
6. Стимулюючі (наказ, особистий приклад).
7. Активізуючі (заняття з бойової підготовки, чергування, патрулювання, вартова служба).
7. Психотерапевтичні (у реабілітаційних центрах, госпіталях) [2].

У контексті подолання страху рекомендовані наступні методи:

вербальні – доведення до військовослужбовців мобілізуючої інформації, розповіді про складність отримання поранень та зниження емоційної його “ваги”, переконання: “Ми справлялися й не з такими завданнями, упораємося й із цим”, вселяння: “Ти впораєшся із цим!”, підтримка: “Молодець!”, “Орел!”, “Герой!”, психологічне зараження настроєм: “Мужики ми чи ні?”, а також жарти, накази, погрози й інше;

- візуальні – контакт очима, пантомімічне схвалення;
- тактильні – дотики, потиск руки, поплескування по плечу, “струшування”;
- емоційні – знаходження поруч із підлеглим у важку хвилину, співпереживання, дружня посмішка;
- діяльнісні – особистий приклад активних і рішучих дій, підтримка діями й вогнем, частування сигаретою, водою.

Із практичної точки зору діагностика передхворобливих розладів, ознак психічної дисгармонії, яка починається, є винятково важливою, оскільки природні саногенетичні механізми на цьому етапі переважають над патогенетичними. Їхня своєчасна корекція сприяє відновленню функціонального резерву військовослужбовців й запобіганню розвитку в них станів психічної хвороби.

Етап переходу передхвороби до психічного захворювання характеризується структуруванням дефіцитарних порушень, відносною стабілізацією особистісної патології, вимальовуванням стереотипу хворобливого процесу, його “саморозвитком” з меншою залежністю від зовнішніх впливів і зниженням частки симптомів, які відображають першопричину.

Регістри переходу від стану здоров’я до стану хвороби відображають стадії пристосування організму до нових умов шляхом зміни рівня функціонування й відповідної напруги регуляторних механізмів. Разом з тим межі між виділеними рівнями й регістрами є досить умовними. О. Кербіков зазначає, що вся ця сфера характеризується “мінливістю, динамікою, наявністю перехідних і проміжних форм” [3].

Хоча тут не існує твердих розмежувань і можливі взаємопереходи, проте з плином ускладнення симптоматики нарастають новонаправлені тенденції, а ймовірність її зворотності зменшується.

На цьому етапі надзвичайно важливим завданням військових фахівців є постановка точного діагнозу із прийняттям відповідних рішень щодо прогностичного сортування, евакуації і змісту заходів психіатричної допомоги. Є.В. Снедков [9] пропонує наступний варіант прогностичного сортування потерпілих зі стресовими розладами:

1. Адаптивний реєстр – заходи первинної психопрофілактики, превентивна психокорекція, моніторинг психічного стану.
2. Дизадаптивний реєстр – коротке лікування й відпочинок у пунктах психолого-психіатричної допомоги поблизу передових рубежів.
3. Донозологічний реєстр – повний курс лікування у психіатричному стаціонарі госпіталю.
4. Нозоспецифічний реєстр – евакуація в лікувальні установи за межами району бойових дій (у тил країни).

У процесі надання психологічної допомоги не слід занижувати ефективність самопомоги. Разом з тим бойова обстановка висуває до методів психічної саморегуляції тверді вимоги. По-перше, вони повинні бути ефективними, тобто в короткий строк (3–5 хв.) давати відчутний результат. По-друге, вони не повинні мати побічних ефектів (млявість, розслабленість, зниження уваги або, навпроти, підвищення психічної напруги). Таким вимогам можуть відповідати способи саморегуляції, побудовані на основі дії механізмів взаємозв'язку типів подиху, тонуусу кістякових м'язів і станів нервової та психічної систем людини.

Як показує практичний досвід, для зменшення надмірної нервово-психічної напруги або зняття залишкових явищ бойового збудження доцільно прослуховувати або відтворювати подумки словесні формули, задіяні у аутогенній релаксації. Для підняття активності військовослужбовців, коли, наприклад, відзначаються ознаки загальної втоми, можна вдаватися до прослуховування або відтворення подумки словесних формул стимулюючої дії.

Психічна саморегуляція проводиться при виникненні у військовослужбовців явищ стомлення, станів тривожності та страху, первинних панічних проявів, підвищеної емоційної збудливості, порушення сну, при вегетативних розладах (пов'язаних з вегетативною нервовою системою) тощо. Досить часто явища хронічного стомлення й перевтоми супроводжуються зниженням впевненості у своїх силах і вольовій активності, підвищенням рівня тривожності й рядом інших відхилень. Для усунення цих та подібних явищ і застосовується психологічна саморегуляція. Наявний досвід психологічної саморегуляції в медичних установах і частинах показує, що на освоєння розробленого стандартного курсу при трьох групових заняттях у тиждень досить одного місяця. Тривалість одного заняття – 20–25 хвилин.

Психологічна саморегуляція складається із двох частин: загальної і спеціальної. *Загальна частина* виробляє навички аутогенного розслаблення (гальмування) – особливого фазового стану, що дозволяє значно підвищити дієвість активації подань і використовуваних самонавіянь. Вона дозволяє: виробити навички керування увагою (зосередження, концентрація, перемикання); цілеспрямовано оперувати почуттєвими образами (подання важкості, тепла тощо); довільно регулювати м'язовий тонус і характер подиху; освоїти навички швидкого аутогенного заглиблення й виходу із цього стану.

Вправи загальної частини застосовуються для зняття напруги, втоми, відновлення сил, регуляції вегетативних функцій.

Спеціальна частина являє собою комплекс форм самонавіювання, що дозволяють цілеспрямовано регулювати плин психічних процесів і свого емоційного стану, нормалізувати функції центральної нервової системи. Використання спеціальних формул для корекції функціонального стану носить, як правило, індивідуальний характер.

Навчання військовослужбовців прийомам психологічної саморегуляції здійснюється за стандартними загальними методиками, методом групових занять і виконання певних вправ. Почнемо з розгляду психофізіологічних корекційних вправ, покликаних самотійно нейтралізувати стани тривожності-страху.

М'язова релаксація. Механізм саморегуляції являє собою двосторонній синапсовий зв'язок між головним мозком і м'язами. За допомогою імпульсів, що йдуть із мозку до м'язів, здійснюється керування м'язами, а імпульси, які йдуть від м'язів у головний мозок, дають мозку інформацію про свій фізіологічний стан, готовність виконувати ту чи іншу роботу, і одночасно виконують стимулюючу функцію, активізуючи діяльність мозку.

При значному розслабленні мускулатури виникає особливий стан, який дозволяє шляхом самонавіяння впливати на різні, у тому числі початково мимовільні функції організму. При емоційних реакціях завжди проявляється напруга мускулатури й відповідна вегетативно-судинна реакція. Довільне розслаблення мускулатури супроводжується зниженням нервово-емоційної напруги та здійснює загальний заспокійливий ефект.

Негативний емоційний стан супроводжується активацією мускулатури, а розслаблення м'язів служить зовнішнім вираженням позитивних емоцій, стану спокою, урівноваженості, знижує емоційну збудливість. Вербальний сигнал або образ, викликаний ним, при повторенні веде до утворення умовних реакцій і реалізації бажаних зрушень, тим самим підвищуючи рівень саморегуляції.

Для зняття стану тривоги та страху слід використовувати формулу саморегуляції, спрямовану на розслаблення кістякових м'язів, тому що стресові переживання безпосередньо пов'язані з напругою якогось м'язу або групи м'язів. Застосування цього методу дає зняття надмірної або непотрібної в цей момент психічної активності, необхідне м'язове розслаблення, розрядку негативних переживань (страху, непевності в собі, занепокоєння тощо). Формула саморегуляції може бути такою: "Моє ставлення до того, що відбувається, спокійне. Я повністю впевнений у своїх силах. Моя увага зосереджена на виконуваних діях. Ніщо стороннє мене не відволікає. Труднощі й перешкоди тільки мобілізують мене". Подібна формула вимовляється подумки або вголос 5–6 разів протягом 2–4 хвилин. При цьому виконується м'язове розслаблення у три етапи:

1. На першому етапі, помітивши негативні зміни у своєму стані (тривога, підвищена чутливість до зовнішніх впливів, роздратованість, сухість у роті, скутість, нездатність зосередитися на чому-небудь тощо), потрібно знайти ту групу м'язів, яка в цей момент є найбільш напруженою.

2. Необхідно відчутти, як безпосередньо пов'язані між собою погане самопочуття й напруга у м'язах.

3. Вольовим зусиллям розслабити напружені м'язи. Для цього можна уявити, що вони стають тістоподібними, м'явими. Як правило, покращення психічного стану відбувається практично миттєво.

Дихальні релаксаційні вправи. При цьому тип дихання з коротким, енергійним вдихом і повільним видихом викликає зниження тону центральної нервової системи, спричиняється зняття емоційної напруги. Повільний вдих і різкий видих тонізують нервову систему, підвищують активність її функціонування.

Відповідно для того щоб у стресогенній ситуації здобути спокій, зняти надмірну або неактуальну психічну напруженість, необхідно виконати 8-10 коротких вдихів (використовуючи рухи нижньої частини живота) і повільних тривалих видихів. Для того щоб максимально мобілізуватися, побороти сум-

ніви у своїх силах, необхідно виконати 8–10 вдихів-видихів з повільним, тривалим вдихом і різким, енергійним видихом [1].

Для відновлення сил і спокою також рекомендовано використовувати самовикликаний сон. Військовослужбовець повинен навчитися занурювати себе на певний час у сон і самостійно виходити з нього відпочилим і бадьорим. Тривалість викликаного сну – від 20 до 40 хвилин. Формула самовикликаного сну звичайно промовляється відразу ж за формулою м'язової релаксації. Наприклад: “Я розслабився. Мені хочеться спати. З'являється почуття сонливості. Воно з кожною хвилиною підсилюється, стає глибшим. Приємно тяжчають повіки. Вони стають важкими й закривають очі. Наступає спокійний сон...” Кожну фразу слід подумки вимовляти повільно, монотонно.

Основними методами психологічної саморегуляції виступають самопереконання й самонавіяння.

Самопереконання. Підкорення своїх особистих мотивів вимогам і інтересам обов'язку. Психологічна сутність цього прийому – розбудити й зміцнити віру в себе, у свої здатності. Техніка аутогенного тренування складається зі словесних приписань “повинен-хочу-можу-є”. Складений текст-повторення повинен ясно й точно відбивати мету самонавіювання, фрази, які проговорюються, повинні бути лаконічними й вимовлятися тільки у стверджувальній формі. Наприклад: “Я повинен бути сміливим! Я хочу бути сміливим! Я можу бути сміливим! Я сміливий!” Проводити самонавіювання доцільно щодня та в необхідних ситуаціях.

Самонавіювання. Вселяння якихось думок, бажань, образів, відчуттів, станів самому собі (“Я спокійний”; “Мені зручно й добре”; “Я зосереджений і зібраний”; “Я бадьорий і впевнений” і т. ін.). В основі психічної саморегуляції лежать короткі, категоричні словесні формули, що викликають або процес нервово-м'язового розслаблення, або процес емоційного збудження.

До інших методів психічної саморегуляції, які дозволяють коригувати психічний стан, відносяться: самовиховання, самоконтроль, самонаказ, десенсибілізація, відволікання.

Самовиховання – створення, фіксація й самонавіяння бажаного образу. Необхідно створити уявний образ сміливого, сильного, урівноваженого, упевненого в собі воїна і систематично “нашаровувати” цей образ на свою особистість і поведінку, а також на фоні релаксації здійснювати уявне відтворення моделі поведінки створеного образу в різних ситуаціях і обставинах (Створення бажаного образу й відтворення певного характеру поведінки).

Самоконтроль – критичне ставлення до себе, усвідомлення своїх учинків і мотивів, аналіз своєї діяльності й учинків, тобто – “спостереження за собою”, контроль своїх емоцій, жестів, голосу, оцінка своїх переваг і недоліків, почуттів, настроїв тощо.

Самонаказ – підпорядкування свого стану, своєї діяльності і спрямування їх у русло доцільності. Досягається вмінням конкретизувати свої думки, дотриманням свого слова, підпорядкуванням внутрішньому голосу.

Десенсибілізація – багаторазове образне подання конкретної ситуації, яке викликає високу нервово-емоційну напругу у сполученні із релаксацією. Є особливо ефективною при стійких реакціях страху.

Відволікання – переключання уваги на приємні спогади, на інші дії, які відволікають від переживань. Нова домінанта (пануюча мотивація) у корі великих півкуль головного мозку викликає гальмування осередків невротичних симптомів [6].

Ефективним методом психологічної реабілітації індивідуальної та групової корекції функціонального стану, підвищення рівня саморегуляції й психофізіологічних резервів організму воїна в умовах діяльності, пов'язаної із впливом несприятливих бойових стрес-факторів, є аутогенне тренування – застосування прийомів м'язової і психічної саморелаксації. Під впливом аутогенного тренування значно підвищується емоційна стійкість, формується здатність цілеспрямовано управляти своєю поведінкою і емоційним станом адекватно до умов діяльності.

Аутогенне тренування сприяє виробленню звички до самоконтролю, самоспостереження за зовнішніми проявами емоцій, уміння самотійно переборювати емоційну напруженість, самотійно формувати й підтримувати таке самопочуття, стан і поведінку, які є найбільш раціональними у кожному конкретному випадку. Застосування цього активного методу психотерапії дозволяє не тільки знімати емоційну напругу, почуття тривоги й відчуття дискомфорту, але й нормалізувати основні фізіологічні функції організму. У результаті цього покращується настрій людини, відбувається активація особистості військовослужбовця. Аутогенне тренування як психогігієнічний та психопрофілактичний засіб, спрямований на підвищення можливостей саморегуляції початково довільних функцій організму людини, набуло широкого застосування при підготовці спортсменів, людей, які працюють в умовах емоційної напруженості, екстремальних умовах.

У бойовій обстановці аутогенне тренування можна використовувати з метою мобілізації сил і можливостей військовослужбовців перед боєм, для зняття психофізичної напруженості і негативних емоційних станів у перервах між бойовими діями, а також для відновлення психічної рівноваги після закінчення бою або при отриманні незначних психічних травм [4]. Заняття з навчання методам аутогенного тренування можуть проводитися під керівництвом лікаря або військового психолога (підготовленого офіцера). Аутогенне тренування є найбільш доступною для військовослужбовців формою психічної саморегуляції. Через 2–3 заняття вони можуть навчитися основним прийомам корекції свого стану.

До способів індивідуального користування слід віднести й методику самомасажу біологічно активних точок (БАТ) шкіри, що сприяє цілеспрямованій корекції психофізіологічного стану військовослужбовців, збереженню високої працездатності при стомленні, підвищенню рівня психічної активності та здатності до функціональної діяльності. Позитивний вплив самомасажу БАТ полягає у зрівноважуванні основних нервових процесів (збудження й гальмування), нормалізації кровообігу й покращенні діяльності аналізаторів. Самомасаж БАТ найбільш ефективний при відчуттях втоми, сонливості, при м'язовому дискомфорті, при “стомленні” зору, а також для переведення психіки в оптимальний стан. Навчання військовослужбовців прийомам самомасажу БАТ проводиться у груповому або індивідуальному варіанті під керів-

ництвом медичного працівника, який засвоїв методику самомасажу. На навчання достатньо виділити одне заняття тривалістю 20–25 хвилин. Перед початком заняття доцільно ознайомити особовий склад з основними механізмами позитивного впливу самомасажу БАТ на організм людини. Потім проводиться навчання пошуку БАТ за принципом максимальної хворобливості у визначених зонах, та методиці їх масажу [5]. Особливо небезпечною реакцією військовослужбовців на бойові стрес-фактори є групова паніка, яка поширюється й наростає у процесі взаємного зараження й супроводжується втратою здатності до раціональної оцінки обстановки, мобілізації внутрішніх резервів, доцільної спільної діяльності.

Бойова обстановка створює сприятливий ґрунт для розвитку панічних настроїв. Цьому сприяють раптові, несподівані дії супротивника, його потужні вогневі удари, психологічний, психотронний, психотропний вплив, надмірна утом, перенапруга військовослужбовців, поширення деморалізуючих чуток, настроїв за умов відсутності офіційної інформації тощо.

У комплексі необхідних впливів, які мають на меті запобігання виникненню паніки, виділяють мобілізуючі, відволікаючі і спонукаючі впливи на воїнів [10]. Їх можна застосовувати як до групи, так і до окремого військовослужбовця. Часто між цими впливами важко провести чітку грань, тому вкажемо основні їхні різновиди.

Заходи, спрямовані на окрему особистість, – залучення уваги, постановка завдань, активація моральної мотивації, усвідомлення відповідальності, чітко виражена вимога, показ прикладу дій. Солдата, який відчуває страх та готовий піддатися паніці, необхідно відволікти від джерела страху, показати перспективу успіху, швидко поставити конкретне завдання, виявити вимогливу зацікавленість, забезпечити підтримку товаришів, спонукати до активної діяльності. Досягається все це увагою командира, контролем, вимогою, закликом, прикладом.

Серед *групових заходів, спрямованих на підрозділ*, виділяють: дію командира, яка повертає увагу, активізацію сержантського складу й неформальних лідерів, психологічного активу, підвищення групової згуртованості, створення загальної позитивної емоції, постановку загального посильного завдання, спонукання до спільних дій. Застосовуються такі засоби як заклик, команда командира, гасло, приклад, цілевказівка, підбадьорюючі слова підтримки, звернення до підрозділу [7].

Так, О.В. Суворов вважав, що для командуючого вкрай необхідним є прекрасне знання психології солдата. Він особисто продемонстрував його у бою під Требією в Італії. Коли російські війська стали відступати, Суворов побіг до відступаючих у паніці солдатів, змішався з ними і став кричати: “Заманюй, хлопці, затягуй! Скоріше, бігом!” Пробігши так сотню кроків, він раптом зупинився й скомандував: “Стій!”, а потім: “В атаку!”, й кинувся в бій. Російські війська під його командуванням перемогли.

У цьому випадку Суворов діяв із глибоким знанням сутності виникнення паніки та способів її припинення:

– відступаючи разом із солдатами, дав їм можливість “випустити пару страху” і заспокоїтися, переконуючи їх у вірності дій;

- діяв холоднокровно;
- рішуче взяв ініціативу у свої руки, чим перетворив безглуздий натопт в організовану військову структуру.

У вкрай небезпечних ситуаціях бою, коли паніка серед особового складу розростається, її припиненню може служити негайний початок бойових дій резервними або сусідніми підрозділами, частинами на очах солдатів, охоплених панікою. У війнах минулого такий прийом займав одне з провідних місць. Військові психологи стверджують, що коли людина у критичні хвилини сприймає відгук оточуючих про свою поведінку, це може придушити в ній спалах жаху й запобігти паніці.

Одним із засобів припинення страху й паніки може служити несподівана поява Бойового Прапора частини перед очима військовослужбовців, охоплених панікою. Позитивний результат досягається, як правило, тоді, коли військовослужбовці зберегли достатній рівень боєздатності, згуртованості й мають певний бойовий досвід.

Як засоби боротьби зі страхом і панікою серед невеликих підрозділів застосовуються й гучномовні пристрої, установлені на вертольотах, бойових машинах.

Боротьбі з панікою може допомогти і трансляція Державного гімну або відомого маршу, пісні, що зачіпає національно-психологічні почуття воїнів.

Широко відомим (і вже згадуваним раніше) є приклад використання радянською армією у роки Великої Вітчизняної війни загороджувальних загонів. Страх перед ними, як правило, був навіть вищим, аніж перед супротивником. Психологія людини у такому випадку була простою: загинеш ти чи ні у бою з ворогом – невідомо, а втеча із подальшою зустріччю з загороджувальним загonom означає смерть.

Із тих же міркувань в умовах сьогодення під час ведення бойових дій доцільною є установка в місцях імовірної втечі різного роду попереджувальних знаків (у денний час), різних показників типу “Обережно, міни!”, “Обережно, висока радіоактивність!”, імітаційних мінно-вибухових смуг і т.п. Все це робиться заздалегідь, з урахуванням соціально-психологічних особливостей конкретного підрозділу, його підготовленості й бойового досвіду.

Організаційно-управлінські прийоми боротьби з панікою:

- ізоляція ініціаторів панічних настроїв;
- особистий приклад командира – холоднокровність, мужня поведінка;
- локалізація поширення чуток про випадок паніки на сусідні підрозділи;
- проведення бесіди з військовослужбовцями, у ході якої довести, що командування на місці, контролює обстановку, а військова частина зберігає боєздатність;
- ознайомлення воїнів з обстановкою на їхній ділянці боїв, розповідь про майбутнє бойове завдання, заклик до більш холоднокровних дій у майбутньому;
- вироблення переконань у воїнів у тому, що ворог зазнає великих втрат на всіх напрямках;
- важливо також, щоб ці міри супроводжувалися поповненням даного

підрозділу, припливом нових військовослужбовців з більш стійких частин.

Якщо серед особового складу все ж-таки виникла і припинилася паніка, слід урахувати, що у перші години після паніки військовослужбовці відчують почуття гіркоти, провини, сорому. У цих умовах рекомендується:

- подача підбадьорюючої інформації;
- акцентування уваги на прикладах стійкості й мужності в попередніх боях;
- організація прослуховування інформаційних матеріалів з ділянок фронту;
- наведення подібних прикладів із минулого російської та радянської армій (випадки втечі суворівських солдатів при Новині, паніка військ Куропаткіна під час російсько-японської війни при Мукдені, приклади з історії Великої Вітчизняної війни);
- вручення кореспонденції (листів, газет, журналів) для переключання уваги;
- читання перед строем листів мирних жителів, які розповідають про спричинені ворогом нещастя, показ і прослуховування аудіо- і відеоматеріалів на ці теми;
- організація проведення сеансу аутогенного тренування, релаксації, саморегуляції (за можливістю);
- організація гарячого харчування, чаю, якщо дозволяють умови, надання не менш ніж 5 годин сну.

Висновки.

1. Аналіз впливу факторів сучасного бою на психіку й поведінку військовослужбовців дозволяє зробити наступні висновки. Небезпечна обстановка, інтенсивні стресори неминуче викликають у воїнів психічну напругу та страх, які є стресовими станами організму. Ці стани впливають на протікання психічних процесів (сприйняття, увага, пам'ять, мислення, волю, емоції) і ефективність бойової діяльності. Стрес може впливати на психіку як з мобілізуючим ефектом (бойове збудження), так і з ефектом пригнічення (дистрес). Характер цього впливу залежить від мотивації, індивідуальної психологічної стійкості, бойового досвіду воїнів.

2. У випадку астенічного впливу бойових стрес-факторів на психіку воїнів військовому психологу слід бути готовим до того, що, незважаючи на якісну психологічну підготовку та психологічний супровід бойових дій особового складу, частина військовослужбовців буде впадати в негативні психоемоційні стани, переживати нестандартні астенічні реакції, зокрема, відчувати страх та паніку, отримувати різноманітні психічні розлади, що визначає необхідність надання завчасної оперативної психологічної допомоги особовому складу.

3. Структура психічних розладів серед учасників сучасних війн характеризується гнітючою перевагою гострих психологічних і патологічних реакцій при значному зменшенні реактивних психозів, особливо їх затяжних форм. Ці розлади виникають у передовому районі, де безпосередньо ведуться бойові дії. Таким чином, психіатрія війн і катастроф – це психіатрія передового району. Надання медико-психологічної та психіатричної

допомоги в цьому районі має свої особливості: недостатність часу і кваліфікованих досвідчених кадрів, труднощі діагностики та прогнозу початкових форм психічних розладів, невміння командирів і лікарів частин проводити психологічну корекцію й підтримку безпосередньо в зоні бойових дій. Неякісна й несвоєчасна медична допомога на передовій призводить до збільшення кількості затяжних форм психічних розладів, формування у подальшому посттравматичних стресових розладів. У зв'язку з цим основну увагу слід приділяти питанням діагностики й реабілітації початкових форм психічних розладів (передпатологічних і донозологічних). Діагностика й лікування нозологічних форм досить докладно викладені у відповідних підручниках (інструкціях) і не викликають особливих ускладнень у військових лікарів і фахівців-психологів, що дозволяє нам детально не зупинятися на цих питаннях.

4. За умов своєчасного та повного надання першої психологічної допомоги безпосередньо на передовій можна стверджувати про запобігання виникненню й розвитку складних психічних розладів у більшості психотравмованих військовослужбовців та їх швидке повернення до ведення активних бойових дій.

5. Серед методів психокорекції, застосовуваних на догоспітальному етапі, необхідно виділити: аутогенне тренування, самонавіяння, непряме вселяння, методики саморегуляції, музикотерапію, відеотерапію, а також елементи раціональної психотерапії. Ці методи є досить простими, доступними й не вимагають спеціальної підготовки лікаря або психолога.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гримак Л. П. Психология активности человека. Психологические механизмы и приемы саморегуляции / Л. П. Гримак. – М. : Либроком, 2010. – 368 с.
2. Караяни А. Г. Введение в профессию военного психолога : [учеб. пособие для студ. высш. учеб. завед.] / А. Г. Караяни, И. Г. Сыромятников; под ред. Ю. П. Зиченко и Э. П. Утлика. – М. : Академия, 2007. – 208 с.
3. Кербинов О. В. Избранные труды / Кербинов О. В. – М. : Медицина, 1971. – 312 с.
4. Кермани К. Аутогенная тренировка / К. Кермани, пер. А. Озерова. – М. : Эксмо, 2005. – 384 с.
5. Крейг Г. Техника эмоциональной свободы. Акупрессура и депрограммирование подсознания / Г. Крейг, пер. О. Горбуненко. – СПб. : ИГ «Весь», 2011. – 160 с.
6. Леонтьев Д. А. Психология смысла : природа, строение и динамика смысловой реальности / Леонтьев Д. А. – М. : Смысл, 2003. – 483 с.
7. Нардонэ Дж. Страх, паника, фобия. Краткосрочная терапия / Нардонэ Дж. – М. : Психотерапия, 2008. – 352 с.
8. Психология и педагогика. Военная психология / под. ред. А. Г. Маклакова. – СПб. : Питер, 2004. – 464 с.
9. Снедков Е. В. Современная концепция психического здоровья [Электронный ресурс] / Е. В. Снедков, А. Е. Снедкова // Кафедра психиатрии и наркологии СПбГМА им. И. И. Мечникова. – 2010. – Режим доступа до ресурсу: <http://psychiatry.spsma.spb.ru/lib/kafedra/snedkov/snedkov6.htm>.

10. Стасюк В. В. Страх і паніка на війні : [монографія] / Василь Васильович Стасюк. – К. : НУОУ, 2013. – 290 с.

УДК 159.94.2

Ушакова І.М., к. психол. н., доцент, доцент кафедри загальної психології НУЦЗУ

ОСОБИСТІСНІ ПРЕДИКТОРИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ ДСНС УКРАЇНИ

Стаття присвячена визначенню факторів формування у працівників ДСНС України професійного вигорання, основними серед яких необхідно визнати особистісні якості. У статті розглянуто показники та структуру вигорання у рятувальників, показано особистісні особливості досліджуваних з різним ступенем професійної деформації (вигорання), визначено основні предиктори професійного вигорання в особистісній сфері: комунікативні, емоційні та регулятивні якості (фактори особистості).

Ключові слова: професійне (емоційне, психічне) вигорання, фактори професійного вигорання, особистісні якості, особистісні предиктори вигорання.

Статья посвящена определению факторов формирования у работников ГСЧС Украины профессионального выгорания, основными из которых необходимо признать личностные качества. В статье рассмотрены показатели и структура выгорания у спасателей, показаны личностные особенности испытуемых с разной степенью профессиональной деформации (выгорания), определены основные предикторы профессионального выгорания в личностной сфере: коммуникативные, эмоциональные и регулятивные качества (факторы личности).

Ключевые слова: профессиональное (эмоциональное, психическое) выгорание, факторы профессионального выгорания, личностные качества, личностные предикторы выгорания.

Постановка проблеми. Безпосередня робота особового складу оперативно-рятувальної служби ДСНС України за своїм змістом належить до тих видів діяльності, що постійно пов'язані з важкими і шкідливими умовами, які проявляються в ризику для життя і великій емоційній напрузі. Умови професійної діяльності працівників ДСНСУ негативно впливають на їх психічний стан, викликають появу характерних психопатологічних явищ і знижують рівень функціонального стану організму в цілому. Ці умови й пов'язаний з ними емоційний стан лежать в основі виникнення і розвитку великої кількості професійних деформацій, найбільш відомою серед яких є професійне (емоційне, психічне) вигорання.

Робота рятувальників націлена на подолання страху, на зібраність в моменти найвищого психоемоційного напруження; ця професія є однією з найбільш небезпечних, вимагає певних особистісних якостей, які б допомагали спеціалісту подолати несприятливі стресові ситуації, такі як психічна витривалість, міцність нервової системи, душевна рівновага, високий самоконтроль, здатність до рішучих дій у критичних ситуаціях, підвищена відповідальність. Лише людина з високим рівнем психічного здоров'я відповідає цим якостям. Саме тому питання, пов'язані з психічним станом рятувальників ДСНС, вивчення синдрому професійного вигорання, визначення рівня та чинників, що його зумовлюють, розробка шляхів корекції в на сьогодні є дуже актуальними.

На виникнення синдрому професійного вигорання істотно впливають три