

**Перспективним**, на наш погляд, було б вивчення особливостей емоційного інтелекту правоохоронців на різних етапах професіоналізації, в залежності від особливостей професійної діяльності та з урахуванням гендерного підходу

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Андреева И. Н. Эмоциональный интеллект как феномен современной психологии / И. Н. Андреева. – Новополюцк : ПГУ, 2011. – 388 с.
2. Ерохина Е. В. Эмпирическое обоснование психологических типов эмоционального интеллекта / Е. В. Ерохина // Вестник Адыгейского государственного университета, Сер.: Педагогика и психология, 2011. – Вып. № 1. – С. 100–106.
3. Сергиенко Е. А. Тест Дж. Мэйера, П. Сэловея, Д. Карузо «Эмоциональный интеллект» (MSCEIT v. 2.0) : [руководство] / Е. А. Сергиенко, И. И. Ветрова. – М. : Институт психологии РАН, 2010. – 176 с.
4. Эмоциональный интеллект: проблемы теории, измерения и применения на практике / Р. Д. Робертс [и др.] // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2004. – Т. 1, № 4. – С. 3 – 26.

**УДК 159.91**

*Назаров О.О., к.психол. н., професор, перший проректор з навчальної та методичної роботи НУЦЗУ;*

*Якімчук О.А., магістр соціально-психологічного факультету НУЦЗУ*

### **ПСИХІЧНА ТРАВМАТИЗАЦІЯ ЯК ФАКТОР ПОРУШЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПОЖЕЖНИХ РЯТУВАЛЬНИКІВ**

У статті представлений теоретичний аналіз проблеми психічної травматизації, первинної та вторинної травми, ПТСР та їх впливу на психологічне здоров'я пожежних-рятувальників. Виділено психологічні наслідки психотравми, специфіка реакцій співробітників ДСНС на травму. Так само в статті відображені конкретні завдання роботи психолога з клієнтами, що пережили психотравму, методи психотерапії з коротким описом технік проведення та рекомендацій до застосування.

*Ключові слова:* психічна травма, ПТСР, екстремальна ситуація, психотерапія.

В статье представлен теоретический анализ проблемы психической травматизации, первичной и вторичной травмы, ПТСР и их влияния на психологическое здоровье пожарных-спасателей. Выделены психологические последствия психотравмы, специфика реакций сотрудников ДСНС на травму. Так же в статье отражены конкретные задачи работы психолога с клиентами, пережившими психотравму, методы психотерапии с кратким описанием техник проведения и рекомендаций к применению.

*Ключевые слова:* психическая травма, ПТСР, экстремальная ситуация, психотерапия.

**Постановка проблеми.** Актуальність вивчення впливу травматичних ситуацій на особистість обумовлена зростанням частоти екстремальних ситуацій в житті всього світового співтовариства, що призводить до порушення психологічного і фізіологічного здоров'я. Психічна травма – наслідок травматичного стресогенного впливу, вона передбачає крайню (екстремальну) ступінь стресогенності фактора, руйнуючого систему індивідуальних особистісних захистів, що приводить до глибоких порушень (від психологічних до біологічних) цілісної системи функціонування практично будь-якої людини [2]. Працівники ризиконебезпечних професій більш схильні до такого роду порушень, оскільки їм доводиться постійно працювати в екстремальних умовах, приймати виважені та правильні рішення в короткі терміни, нести відповідальність за ці рішення, які можуть коштувати життя окремих людей, а то й населення в цілому.

Реакція на травму, якщо її вчасно не пропрацювати і не відреагувати, може проявлятися з часом у вигляді яскравих нав'язливих спогадів про травматичної ситуації, нічних кошмарах, труднощах засипання, підвищеної пильності та емоційної нестійкості, в такому випадку можна говорити про посттравматичний стресовий розлад – психологічний стан, який виникає в результаті психотравмуючих ситуацій, що виходять за межі звичайного людського досвіду і несуть загрозу фізичній цілісності суб'єкта або інших людей [1].

У всякому разі психологічна травма негативно впливає на психологічне здоров'я людини, яке представляє собою оптимальне функціонування всіх психічних структур, необхідних для поточної життєдіяльності.

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** Проблема збереження здоров'я і працездатності осіб, що піддавалися дії чинників екстремальних ситуацій, привертає увагу великого числа дослідників (Александровський Ю.А., Воробйов А.І., Дунін Г.С., Зеленова М.Є., Котєнєв І.О., Маклаков А.Г., Чермянін С.В. та інші), роботи яких свідчать про наявність у більшості працівників, що мають досвід діяльності в екстремальних умовах, ознак психосоматичних захворювань і прикордонних нервово-психічних розладів.

Поняття «психічна травма» було введено Альбертом Ойленбургом, над проблемою психічної травматизації та неврозів також працювали такі видатні діячі, як Герман Оппенгейм, М. Шарко, Пьер Жане, Зігмунд Фрейд, Ч.Майерс.

Істотний науковий внесок у дослідження протікання і механізмів посттравматичного стресового розладу внесли такі видатні психологи як В.А. Бодров, А.Г. Караяні, В.А. Моляко, О.О. Лазєбна, М.Є. Зеленова, Я.В. Подоляк, Н.В. Тарабрїна, Б. Бадмаєв, А. Столяренко і багато інших.

Нерозробленість проблеми дії психічної травматизації та посттравматичних стресових розладів на психологічне здоров'я пожежних рятувальників зумовила вибір теми нашого дослідження.

**Мета:** проаналізувати особливості впливу психічної травматизації та посттравматичних стресових розладів на психологічне здоров'я пожежних рятувальників.

**Виклад основного матеріалу.** Коли загрози піддається життя і благополуччя самої людини та / або його близьких, коли під загрозою в силу вчинків інших людей або самої людини виявляється її система цінностей, можна говорити про психічну травму. Якщо людина пережила загрозу існуванню, страх, жах і відчуття безпорадності, у неї може розвинутися посттравматичний стресовий розлад. Це набір симптомів, поведінкових і емоційних проявів, які представляють собою нормальну реакцію організму в ситуації загрози і небезпеки. Проблема в тому, що у деяких людей ці почуття і форми поведінки продовжують виникати і тоді, коли реальна небезпека істотно зменшилася або зникла зовсім. Людина перебуває в стані підвищеної пильності, здригається і смикається, почувши різкі гучні звуки, не може розслабитися. Ця напруга заважає їй критично оцінити ймовірність реальної загрози, людина втрачає можливість довіряти сигналам свого організму і відчуває замішання, сум'яття.

Ступінь тяжкості психологічних наслідків травмуючої події і їх тривалість залежить щонайменше від трьох факторів. Перший фактор – це об'єктивна інтенсивність травмуючої ситуації, яка визначається наступними параметрами: 1) ворожість ситуації; 2) тяжкість впливу стресора; 3) тривалість дії стресора; 4) невизначеність, непередбачуваність ситуації; 5) невідконтрольних ситуації; 6) недолік соціальної підтримки; 7) несумісність травматичного досвіду зі звичною реальністю; 8) неможливість раціонального пояснення того, що відбувається. Якщо травма була відносно легкою, то підвищена тривожність і інші симптоми стресу можуть поступово зникнути після нетривалого часу. Якщо ж травма була сильною або травмуючі події повторювалися багаторазово, хвороблива реакція може зберегтися на багато років. Другий фактор, що визначає ступінь травмуючого впливу ситуації – це суб'єктивна оцінка людиною її тяжкості. Третій фактор – це індивідуальна схильність людини до розвитку посттравматичного стресу та інших негативних психологічних наслідків [4].

Психічна травматизація може виникнути не тільки у тих, хто безпосередньо опинився в зоні стихійного лиха або так чи інакше піддався насильству і приниженню, а й у тих, хто знає про це (у свідків). У подібному випадку травму називають «вторинною». Її прояви по інтенсивності можуть відрізнятися від переживань тих, хто постраждав безпосередньо, але по суті є дуже подібними.

Одним із ефектів пережитої травми можуть бути різні форми поведінки, що здатна саморуйнуватись. Людина не поділяє себе і ситуацію, яка призвела до психотравми, не може від неї дистанціюватися, подивитися на подію спокійно, з боку. Сприймає все особисто, думаючи про ситуацію, людина думає про себе і навпаки. Вона немов зливається з цією ситуацією. Спостерігаються серйозні труднощі в душевному функціонуванні, зупинка розвитку особистості; схильність реалізовувати життєві сценарії, спрямовані на саморуйнування (схильність до суїциду, алкоголізм, наркотики, девіантна поведінка). Наслідки психологічної травми типові: це страх, часом навіть панічний жах перед повторенням подій, що вже сталися, апатія і втрата інтересу до життя, відчуття внутрішнього фізичного і душевного дисбалансу, постійне повернення до подій, які вказують на причини психологічної травми, а також сором, спустошеність, пригніченість.

Психологічна допомога при травмах може бути надана як безпосередньо після подій, що трапилися, так і набагато пізніше, коли притупляється явно виражена фізична і душевна біль, і людина починає адекватно оцінювати ситуацію. Щоб справитися зі спогадами про страшні або неприємних для людини події, необхідно цілком і повністю пережити всі почуття і переживання, які травмували.

Психологічна та психотерапевтична допомога людям, які пережили травму, багато в чому спрямована на відновлення та/або вибудовування заново узгодженої життєвої історії. Травматичний досвід, будучи осмисленим, включається в неї як один з елементів минулого. Відновлюється контакт людини з тим, що для неї є важливим в житті, і на основі цього вибудовується шанована історія подальшого розвитку життя людини. Для того щоб людина змогла звільнитися від нав'язливих негативних спогадів, а також активно і відповідально включитися в сьогодення, їй необхідно знову знайти контроль над емоційними реакціями і знайти для травматичної події, що сталося належне місце в загальній часовій перспективі свого життя та особистої історії.

Важливим кроком на шляху подолання згубних психологічних наслідків травмуючої події є дії людини, спрямовані на відновлення власних прав і справедливості, компенсацію заподіяної шкоди, – в цих діях проявляється намір знову управляти власним життям. Дуже корисним виявляється об'єднання з іншими людьми, що пережили травматичний досвід – як в східних, так і в інших обставинах [4].

Специфіка діяльності та взаємовідносин працівників ДСНС України така, що люди, які пережили травму, пред'являють до самих себе завищені вимоги, що стосуються процесу відновлення. Вони вважають, що повинні своїми силами «викинути пережите з голови», вважаючи неприйнятним або ганебним звертатися за професійною допомогою до психолога. В деяких випадках вони не знають, що у них є можливість

звернутися за психологічною допомогою, і не мають уявлення про те, чим саме психолог може допомогти їм в їх ситуації. На таке їхнє прагнення впливають також очікування оточуючих. Завищені вимоги до себе викликають у людей відчуття слабкості і некомпетентності, яке не сприяє зціленню.

Завданням психолога, що працює з особистістю, яка отримала травму, є висновок клієнта на конструктивні стратегії «психологічного подолання травми». Для цього необхідно:

- розібратися з дією захисних механізмів особистості;
- виявити неконструктивні захисні механізми і послабити їх вплив;
- активізувати внутрішню активність на «подолання»;
- відкрити доступ до внутрішніх ресурсів, які забезпечують адекватне психосоціальне функціонування.

Психотерапія психологічних травм використовує такі методи:

1. Катарсичні. Суть методів – емоційне отреагування при повторному переживанні травматичного досвіду і звільнення від хворобливих симптомів. Катартична техніка обов'язково включає в себе розслаблення клієнта, а далі клієнт в пасивному стані віддається спонтанним спогадам і уявленням. Отреагування відбувається емоційно через плач, крик, стогін, лють і через тілесні симптоми: ядуха, блювота, біль, спазми і т.д. Класифікація катарсичних методів:

- а. «терапія отруєного пера» – написання листів, в яких висловлюються почуття, але без відправлення адресату;
- б. багаторазове переказування травматичної події в розслабленому стані, бажано лежачи з закритими очима доти, поки спогади про травму не викликатимуть ніяких емоцій;
- в. «автологокатарсис» – техніка прискореного отреагування за допомогою магнітофонних записів звуків людського страждання (плач, стогін, зітхання, крики), при відтворенні яких у клієнта дуже швидко виникають афективні реакції. Запис тривати не більше 15 хвилин, відтворюється запис 1-2 рази в розслабленому стані клієнта. Сеанси закінчуються, коли клієнт спокійно слухає магнітофонний запис;
- г. декапсуляція: за допомогою гіпнозу людині внушаються соматичні та вегетативні прояви травми (серцебиття, потовиділення, пошарпання дихання, тремтіння в тілі і т.п.) і людина згадує травматичні події;
- д. методика репродуктивних переживань – штучна репродукція афективних переживань, включає в себе: релаксацію клієнта, навіювання йому травматичного емоційного стану, спогад травми, повторне переживання, катарсис.

2. Аутогенне тренування – метод, спрямований на відновлення

динамічної рівноваги організму, порушеного в результаті стресу або травми. Тривалість три місяці, 1-2 сеанса на тиждень. Включає наступні ступені:

- Нижчий – навчання прийомам релаксації за допомогою вправ, спрямованих на викликання відчуттів в тілі (відчуття тепла розслабляє судини, відчуття тяжкості розслабляє м'язи), зосередженню уваги на диханні або серцевих ритмах. Підсумком цього етапу є шість навичок: викликати відчуття тяжкості або тепла в кінцівках, нормалізація серцевого ритму, нормалізація ритму дихання, викликати відчуття тепла в епігастральній ділянці, викликати відчуття прохолоди в області чола.
- Вищий – аутогенна медитація включає в себе входження в трансний стан і навіювання позитивної мислеформи або вправи сюжетного уяви (для формування позитивного емоційного стану представляється певний сюжет).

Також в структуру методу входять два елементи: 1) аутогенна нейтралізація негативних переживань через візуалізацію травматичної події і повторення травматичних переживань (при цьому клієнтові необхідно спостерігати за виниклими сенсорними образами і розповісти про них; 2) аутогенна вербалізація – в розслабленому стані клієнт розповідає про травматичні переживання доти, поки йому нічого буде сказати.

3. Психотерапія емоційних травм за допомогою руху очей по Ф. Шапіро (EMDR) являє собою інтегративний терапевтичний підхід і поєднує в собі психодинамічні, тілесно-орієнтовані, когнітивно-поведінкові, емпіричні методи.

В основі методу лежить техніка десенсибілізації за допомогою руху очей, яка активізує систему переробки інформації. Є протипоказання: психотичні стани; епілепсія; нездатність переносити високий рівень тривоги. Робота за допомогою EMDR складається з 8 стадій:

Перша стадія присвячена з'ясуванню запиту клієнта, визначенню тих травмуючих подій, на які буде спрямована робота. На цьому етапі з'ясовуються які давні і недавні стресові ситуації пережив клієнт, чи мається на сьогодні щось, що підтримує стан стресу у клієнта, а також з'ясовуються здібності, вже розвинені у клієнта, і ті, які ще потрібно буде розвинути для того, щоб впоратися з подібною ситуацією в майбутньому.

Друга стадія – це стадія підготовки, яка включає в себе встановлення терапевтичних відносин з клієнтом, пояснення сутності процесу EMDR і його ефектів, визначення очікувань клієнта, а також вступну релаксацію і процедури по створенню безпечної для клієнта обстановки.

На стадіях 3-6 здійснюється безпосередньо застосування методу EMDR. Клієнт визначає найбільш яскраву візуальну картинку, що від-

носить до спогаду, переживання травматичною ситуації, негативну установку, що стосується образу себе в даній ситуації, а також згадує свої почуття і тілесні відчуття. За допомогою терапевта клієнт виробляє бажану позитивну установку.

Після цього клієнт фокусується на візуальному образі, негативних думках, тілесних відчуттях, емоціях, відтворюючи для себе таким чином травматичну подію, одночасно з цим клієнт робить руху очима вперед-назад, слідуючи поглядом за пальцями терапевта протягом 20-30 секунд. Іноді терапевт може додатково впливати на клієнта дотиками, натисканнями або звуком. Клієнт просто спостерігає за тим, що з ним відбувається, і після того, як рух очей закінчиться, зауважує, яка думка, почуття, образ, спогад з'являється. Тепер процес повториться з фокусом на цій думці, образі, спогаді. Протягом сеансу цей процес багаторазово повторюється.

У випадку виниклих у клієнта труднощів терапевт допомагає клієнту продовжити процес. Якщо результаті виконаної роботи клієнт не відчуває негативних почуттів при спогаді травматичною ситуації, йому пропонується подумати про нову позитивній установці, визначеної на початку процесу, знову сфокусуватися на спогаді, одночасно з повторенням руху очей. Після декількох повторень у клієнта виробляється впевненість у позитивній установці. Терапевт також стежить за тілесними відчуттями клієнта під час сеансу. Якщо клієнт відчуває негативні відчуття в тілі, вони опрацьовуються таким же чином.

Сьома стадія роботи передбачає ведення клієнтом щоденника протягом тижня, в якому він повинен записувати все так чи інакше пов'язані події, думки і т.п., все, що спливає і нагадує клієнту про його здібності і сильних сторонах, яким був присвячена друга стадія роботи з терапевтом.

Восьма стадія присвячена осмисленню зробленого, змінам, які відбулися у клієнта. Результатом терапії за допомогою методу EMDR є зникнення або сильне ослаблення стресу, що відноситься до травматичного події, зміна установок, які в свою чергу ведуть до змін у поведінці і особистості.

4. Терапія травми Пітера Левіна. Механізм травми у Левіна розуміється як незавершена природна реакція людини на травматичну подію, яка проявляється на рівні цілісного досвіду, включаючи рівень тілесного реагування. Це захисна реакція, яка має інстинктивну основу і виражається у вигляді адаптивних реакцій втечі, боротьби або завмирання (заціпеніння).

Зцілення травми передуює завершенню незавершених тілесних реакцій і зниження гіпервозбудження нервової системи, викликаного стресом; відновлення внутрішніх ресурсів, які були втрачені під час загрожуючої життю ситуації і перетворилися в травматичне заціпеніння.

Основний метод, який використовується в терапії травми Левіна, називається соматичним переживанням (Somatic Experience). У центрі уваги при роботі методом соматичного переживання знаходяться тілесні відчуття клієнта. Йому пропонується увійти в контакт зі своїми відчуттями, спостерігати за ними, сканувати їх, називати їх, бути уважним до тих імпульсів і реакцій, які виникають. В ході роботи у клієнта виникають тілесні імпульси, проходження яким забезпечує завершення реакцій на травматичну подію, відбуваються розрядка і вивільнення енергії, яка була мобілізована при зустрічі з травмою, відновлення відчуття цілісності.

Першим етапом при терапії травми, до переходу безпосередньо до самого травматичного переживання, є звернення до ресурсів клієнта. Терапія травми без достатніх для повторного переживання ресурсів у клієнта може привести до ретравматизації. На тілесному рівні ресурси можуть проявлятися у вигляді таких позитивних відчуттів, як переживання тепла, розслабленості, поколювання, потоку енергії і т.п. В ресурсному стані клієнт відчуває впевненість, силу, енергію, спокій, врівноваженість. Досвід переживання ресурсних станів є у кожної людини і зберігається як вміст його пам'яті. Завдання терапевта – пробудити ці ресурсні переживання і використовувати їх в роботі з травмою.

Наступний етап – це робота безпосередньо з травмою та її наслідками. В соматичній терапії для цього використовуються поняття-метафори: «воронка травми» і «воронка зцілення».

Під воронкою травми розуміється надлишок енергії, зчеплений з травматичним переживанням. Травматична воронка – це свого роду ємність, в яку нервова система скидає надлишки нереалізованої енергії, спочатку спрямованої на здійснення захисної реакції боротьби або втечі у відповідь на травму. Побудова «яка зцілює воронки» відбувається завдяки усвідомленому відчужуванню тілесних переживань, що допомагає будувати ресурси, необхідні для проживання блокованих імпульсів, і відкриває доступ до «замороженої» в травматичною воронці енергії. На побудову «воронки зцілення» вказують такі тілесні прояви, як потягування, почуття тепла, відчуття хвиль енергії, розслаблення, комфорт, відчуття легкості, теперішнього часу.

Дозвіл травми відбувається в результаті діалогу «воронки травми» та «воронки зцілення», травматичного і зцілюючого переживання.

Щоб повністю зцілити травму, необхідно працювати з цілісним досвідом клієнта. Для цього використовується поняття системи «SIBAM» – за першими літерами англійських назв елементів, що складають цей досвід: відчуття (sensation), образ (image), поведінка (behavior), афект (affect), сенс (meaning).

5. Дебрифінг є одним з варіантів кризової інтервенції і невідкладної групової психологічної допомоги при гострій психологічній травмі. При цій формі роботи вся увага зосереджується на актуальній ситуації



та актуальних переживаннях, а не на особистості. Дебрифінг не є психотерапією і не переслідує психотерапевтичних цілей. Він спрямований на мінімізацію наслідків психологічної травми, тому буває досить нетривалим 6-10 сесій. Оптимальним для дебрифінга є період близько 48 годин після отриманої психологічної травми, так як існує певний відрізок часу, коли зміни в психіці і нейронних ланцюгах залишаються оборотними. Саме в цей момент можлива їх модифікація з точки зору змісту та інтенсивності афективних слідів. Задача дебрифінга – обговорення актуальних емоційних проблем і відторгнення їх актуальних переживань, зменшення ймовірності розвитку відставлених реакцій і віддалених наслідків, що досягається шляхом вербалізації хворобливих переживань на тлі групової підтримки.

6. Психодинамічно-імажинативна терапія Луїзи Реддемманн. В центрі уваги цієї терапії, в першу чергу, знаходиться стабілізація стану клієнта, який переніс травму. Особливий акцент на стабілізацію робиться у випадку терапії хронічних, комплексних травм. Робиться відмінність в зціленні травм залежно від того, чи є травма одиничної або хронічною. Якщо у випадку одиничної гострої травми важливо пояснювати клієнтові, звідки з'явилися його симптоми, розповісти про фізіології травми, про те, що симптоми є нормальною реакцією організму і що вони тимчасові, то в разі хронічної травми потрібно швидко переходити до стабілізації і використовувати захищаючі техніки, оскільки розмови про травму викликають ретравматизацію.

До захищаючих технік відносяться:

- Створення внутрішнього безпечного місця шляхом візуалізації, яка потім використовується для роботи з пораненими частинами.
- Техніки, спрямовані на створення і зміцнення ресурсів клієнта і прийняття самого себе, в тому числі що акцентують увагу клієнта на переживанні радості в повсякденному житті, тут же використовуються напрацювання позитивної терапії Мартіна Селигмана і логотерапія Віктора Франкла.
- Техніки дистанціювання (візуалізація на видалення від події, техніка екрану, описи подій від 3-ї особи).
- Техніки, спрямовані на концентрацію уваги і усвідомлення себе «тут-і-тепер» (медитація на концентрацію уваги, медитація «я більше, ніж тіло, думки, почуття, спостерігач», вправа на дуже детальний опис якогось відрізка часу, наприклад, 15 хвилин пробудження вранці).

Сюди можна віднести і способи, спрямовані на виведення клієнта із стану дисоціації, яке можна розпізнати по відсутності міміки, спрямованому всередину погляду, сильної деконцентрації уваги. Наприклад, нагадувати про сьогоднішній день, місце, про стан безпеки; фізичні впливи, призвести несподівані дії [3].

**Висновки.** Психічна травматизація – шкода, яка завдана психологічному здоров'ю людини в результаті інтенсивного впливу несприятливих факторів середовища або остроемоціональних, стресових впливів на його психіку. Так як робота пожежних-рятувальників припускає наявність постійних стресових і екстремальних ситуацій, то вони є найбільш схильні до отримання, як первинних так і вторинних травм. Для подолання психічних травм використовують різні психотерапевтичні методи, які, в свою чергу, дозволяють відреагувати травму і відновити психологічне здоров'я.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. В. Психогении в экстремальных ситуациях / Ю. В. Александровский // Психология экстремальных ситуаций : [хрестоматия / сост. А. Е. Тарас, К. В. Сельченко]. – Мн. : Харвест, 2000. – 480 с.
2. Лазебная Е. О. Травматическая стрессовая ситуация и посттравматический адаптационный процесс / Е. О. Лазебная // Психология состояний : [хрестоматия / под. ред. А. О. Прохорова]. – М. : Речь, 2004. – С. 373–386.
3. Решетников М. М. Психическая травма / М. М. Решетников – Спб. : Институт Психоанализа, 2006. – 322 с.
4. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – Спб. : Питер, 2001. – 272 с.

#### УДК 159.9

*Пенькова Н.Є., старший викладач кафедри військового навчання та виховання Національної академії Національної гвардії України*

### НАУКОВІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ФЕНОМЕНУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ФАХІВЦІВ ДО ДІЯЛЬНОСТІ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ

У статті представлено сучасні наукові погляди до визначення поняття «психологічна готовність» фахівців до професійної діяльності. Теоретичні дослідження сучасних вчених розкривають зміст, сутність таких понять, як «готовність», «діяльність», «професіоналізм». Базовим теоретичним матеріалом статті стали дослідження науковців у галузі військовій, педагогічній, соціальній та екстремальній психології.

*Ключові слова:* психологічна готовність, ризик, напруженість, емоційна стійкість, толерантність до стресу, професіоналізм, діяльність.

В статье представлены современные научные взгляды на определение понятия «психологическая готовность» специалистов к профессиональной деятельности. Теоретические исследования современных ученых раскрывают содержание, сущ-