

здебільшого негативно емоційно забарвлених. Важливо не знецінювати досвід пацієнта, його здатність витримувати стресові ситуації. Якою саме буде реакція, залежить від багатьох чинників: віку, статі, сімейної та соціальної ситуації, досвіду, фізичного та психологічного стану, особистісних якостей: темпераменту, здібностей, інтелекту, характеру та ін. Є багато різних суперечливих ситуацій у взаємодії лікаря і пацієнта. Складний пацієнт відчуває потужні емоції та демонструє поведінку, яка перешкоджає ефективній комунікації і, як правило, викликає негативні почуття і у лікаря, що може призвести до конфлікту, уникання контакту з пацієнтом, або відмови від лікування.

Взаємодія з пацієнтом у складних ситуаціях спричиняє невпевненість і навіть страх у лікаря. А такі негативні емоції пацієнта, як страх, сум, гнів можуть ускладнити надання медичної допомоги. Щоб впоратись з емоціями пацієнта лікар потребує значних навичок професійного спілкування та психологічного реагування. Це необхідно для створення терапевтичного альянсу з пацієнтом та залучення його до ефективної співучасті в процесі лікування.

Лікар не може вирішити усіх проблем пацієнта, однак може і повинен з'ясувати, що його турбує фізично, психологічно та надати максимально ефективну допомогу.

З початком повномасштабного вторгнення вкотре вдалося підтвердити, що ментальне здоров'я суміжне із фізичним. Надання психологічної допомоги пацієнтам вкрай необхідне, оскільки сприяє швидшому поверненню до звичного способу життя. Вкрай необхідно підібрати діагностичний інструментарій і перевірити стан ментального здоров'я у різних категорій осіб в умовах війни. Встановити причинно-наслідкові зв'язки, закономірності прояву різних емоційних та психологічних станів як реакції на оголошення діагнозу. Розробити та впровадити заходи спрямовані на оптимізацію ментального здоров'я.

Ми вважаємо, що незважаючи на прогресивний розвиток медицини тема ментального здоров'я пацієнта в процесі одужання залишається недостатньо вивченою. Пацієнт втрачає довіру до лікаря, залишається наодинці із проблемою, що є недопустимим. Збереження здоров'я пацієнта це не лише комплекс так званих «медичних послуг», а перш за все встановлення довіри між лікарем та пацієнтом, яка в подальшому чинитиме сприятливий вплив на процес одужання.

Панок Віталій Григорович

в. о. академіка-секретаря Відділення психології та спеціальної педагогіки НАПН України,
директор УНМЦ практичної психології і соціальної роботи,
доктор психологічних наук, професор,
член-кореспондент НАПН України (м. Київ)

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ В УМОВАХ ВІЙНИ

Учасники освітнього процесу – учні, студенти, педагоги, викладачі, їх найближче соціальне оточення, є однією з найбільш постраждалих категорій населення в умовах російсько-української війни. Разом з тим, означена когорта не є однорідною і має розглядатись як окремі специфічні групи у залежності від віку, життєвого досвіду, ступеню причетності до бойових дій, ступеню фізичного і психічного травмування, місця проживання, етнокультурного і соціального оточення та ін.. Названі та інші фактори вкладаються в поняття «актуальна життєва ситуація особистості (АЖСО)». На наш погляд, це поняття має бути центральним для побудови програм і технологій психологічного супроводу учасників освітнього процесу оскільки дозволяє більш індивідуально а, значить, більш ефективно надавати психологічну допомогу.

Психологічне травмування описується такими поняттями як: «стрес», «дистрес», «посттравматичні стресові розлади (ПТСР)». Останнім часом широко застосовується поняття «посттравматичне зростання».

Перші три феномени описані доволі детально але не можуть розглядатись відірвано від АЖСО, від тих обставин у яких знаходиться особистість та минулих обставин життєвого шляху особистості (ЖШО). Щодо «посттравматичного зростання», то ми вважаємо, що це поняття не є точним і уведення його у науковий обіг сприяє виникненню плутаниці і численних непорозумінь серед дослідників і практикуючих психологів. Існує усталене і цілком верифіковане поняття «розвиток». Процес розвитку, як відомо, відбувається нелінійно, через переживання різного роду криз, які, у свою чергу, супроводжується негативними переживаннями, стресами і постстресовими переживаннями. Розвиток, у тому числі, передбачає адаптацію до нових (сприятливих чи несприятливих) життєвих обставин, нової життєвої ситуації.

У зв'язку зі сказаним поняття психологічної реабілітації необхідно розглядати доволі умовно оскільки особистість має пристосовуватись жити у нових умовах, в умовах зміненої життєвої ситуації, а не відновлювати свої навички, пристосовуючи їх до «старої» життєвої ситуації, реабілітуватись. Тут більш адекватним є поняття психологічного супроводу пристосування до нових умов і обставин життєдіяльності особистості.

Війна в житті кожного причетного є надзвичайною ситуацією, яка має незворотні наслідки. Тобто війну необхідно визнати катастрофою як на рівні людських спільнот, так і на індивідуальному рівні. Життя тих, хто пережили війну, вже ніколи не буде таким, як до війни. Отже, ті, що пережили або переживають цю надзвичайну подію у своєму житті потребують психологічного супроводу. Психологічного супроводу у посткризовому розвитку.

Очевидним є те, що психологічний супровід має бути системним, мультидисциплінарним, послідовним, ґрунтуватись на ступені і глибині переживань катастрофічних подій, вікових та індивідуально-психологічних особливостях особистості постраждалих.

Першим етапом психологічного супроводу є надання психологічної допомоги у вигляді терапії гострих емоційних реакцій на дію різноманітних стресорів. Відомо, що наслідками стресу та гострих емоційних реакцій можуть бути: зниження когнітивних функцій, пам'яті, фрустрація поведінки, втрата або блокування базових навичок життєдіяльності, самообслуговування, втрата орієнтації в реальності та відчуття нереальності того, що відбувається навколо, втрата образу власного тіла, відключення механізмів рефлексії та самооцінки і т.п.

За таких умов основним завданням психологічного супроводу постраждалого є зняття негативних наслідків емоційної реакції на стрес, відновлення основних психічних функцій, «базових налаштувань», говорячи мовою програмістів. На цьому етапі широко застосовуються методики надання першої психологічної допомоги та терапії ПТСР. За умови правильного застосування цих методик близько 80% симптоматики ПТСР вдається зняти. Але це не означає, що усі аспекти психічного травмування вдалося терапевтувати.

Другий етап може передбачати формування резильєнтності особистості. Життєстійкість особистості – це сукупність навичок і компетенцій, що забезпечують переживання надзвичайної ситуації та її наслідків зі збереженням базових особистісних рис і якостей. І це є основою для подальшого посттравматичного особистісного розвитку. Але це знову ж таки не означає повної реабілітації. Залишаються майже не розглянутими такі наслідки переживання травматичних подій як невпевненість у власному майбутньому, життєві цілепокладання, життєві смисли, самоствалення і самооцінка, цінності особистості, її соціальні стосунки і ролі.

Третім обов'язковим етапом має бути соціально-психологічна реабілітація. Вона полягає у відновленні вцілілих та побудову нових соціальних зв'язків у новій АЖСО, соціального і професійного статусу, соціальної і громадянської активності, побудові нових життєвих перспектив і життєвих планів. Тільки після формування нової життєвої перспективи і життєвих планів, оновлення структури соціальних і життєвих цінностей, соціальних зв'язків і статусів особистості можна говорити про подолання нею негативних наслідків травматичної ситуації та повноцінний посттравматичний розвиток.

У цьому відновленні присутні багато різноманітних складових – соціальних, економічних, політичних і, у тому числі, соціально-психологічних. Тут важливо застосування скоординованого, системного мультидисциплінарного, міжсекторального підходів, що базуються на безпосередньому соціальному оточенні людини, відновлення її як члена спільноти (общини). Безумовною вимогою є здійснення психологічного супроводу в місці постійного проживання, навчання, роботи, в умовах сім'ї. Організація і стимулювання (залучення до) громадської активності на рівні, у першу чергу, територіальної громади, закладу освіти, первинних структур громадянського суспільства.

Аналіз сучасної практики надання психологічної і соціальної допомоги безпосереднім учасникам і постраждалим від війни показав наявність великого бажання громадських і міжнародних організацій, фондів та окремих меценатів надати необхідну і професійну допомогу. Зараз ми спостерігаємо великий обсяг такої допомоги. Разом з тим, подібна допомога є сегментованою і спрямована, зазвичай, на вирішення окремих проблем, що виникли у постраждалих. У такому випадку некоректно говорити про повноцінну реабілітацію і відновлення. Повноцінна реабілітація і посттравматичний розвиток є можливими тільки за умови системного підходу і повноцінного соціально-психологічного супроводу які реалізуються як цілісний проект розвитку особистості.

Пасько Катерина Миколаївна

к. філос. н., доцент, доцент кафедри психології

Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка (м. Суми)

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЕЛЕМЕНТІВ ДЕРМАТОГЛІФІКИ У ВІЗУАЛЬНІЙ ПСИХОДІАГНОСТИЦІ

Особливості нервової системи, типи темпераменту та інші індивідуально-психологічні якості людини можна визначити не лише за допомогою традиційних психологічних методів. Свою ефективність у психодіагностичній роботі з клієнтами довели також і візуальні засоби. Всьому цьому сприяє використання даних, що отримані за допомогою спеціальної галузі знань – дерматогліфіки, при вивченні шкірного малюнку на долоні та пальцях особи, що досліджується. Наприклад, такі дослідники, як Г. Акінщикова та С. Полуєктова виявили, що у людей з сильною і врівноваженою нервовою системою у візерунках пальців більше «петель», у людей з сильною і рухливою нервовою системою – більше «спіралей» («завитків»), а у людей зі слабкою нервовою системою – більше «дуг» (рис.1).



Якщо співвіднести тип темпераменту з відсотковою пропорцією десяти пальцевих візерунків людини, то результати будуть наступними:

- холерик – понад 50% – «спіралі» (решта – «петлі»);
- сангвінік – понад 50% – «петель» (решта – «спіралей»);
- флегматик – часто майже 100% – це «петлі»;
- меланхолік – має не менше однієї «дуги», зазвичай можна помітити певну пропорційність: чим більше «дуг», тим слабшою є нервова система людини і, відповідно, тим нижчою є працездатність досліджуваного.

Якщо коротко проаналізувати символи, то «дуга» є найпростішим візерунком, що проходить по всій поверхні пальця людини. «Петлі» відкриваються з ліктьового, тобто