

УДК 159.94

Д.Л. БЛОКОВАЛЕНКО,
О.В. ТІМЧЕНКО, канд. психол. наук, доц.

Національний університет внутрішніх справ

ВИЯВЛЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ У ПОСТСТРЕСОВИЙ ПЕРІОД НА ПСИХІЧНИЙ СТАН ПОСТТРАЖДАЛИХ (за результатами досліджень працівників ОВС, які отримали травми або поранення під час припинення масових беззаконь)

Розглядається динаміка медико-соціально-психологічної реабілітації щодо відновлення соціально-психологічного і психофізіологічного стану працівників правоохоронних органів, які брали участь у припиненні групових порушень громадського порядку

У науковій літературі, присвяченій діяльності людини в агресивному середовищі, практично відсутній опис динаміки соціально-психологічної реабілітації постраждалих, бо проведення подібних досліджень є дуже утрудненим через низку об'єктивних причин [1]. Тому, можливість простежити динаміку прояву наслідків участі працівників правоохоронних органів у виконанні оперативно-службових задач в умовах підвищеного ризику для життя – унікальна [2].

Поданий матеріал відбиває один із дослідницьких напрямків, метою якого стало вивчення динаміки соціально-психологічного і психофізіологічного стану працівників правоохоронних органів, котрі брали участь у припиненні групових порушень громадського порядку [3], і виявлення соціально-психологічних детермінант, що впливають на психічний стан постраждалих у постстресовий період.

Фабула події. За даними ЦГЗ ГУ УМВС України в АРК мітинг у центрі Сімферополя був призначений лідерами меджліси на 24 березня 1998 року на 12 годину опівдні з 11.30 до 13.00 біля 80 чоловік кримсько-татарської співної групи перекрили рух по вулиці Севастопольській в районі автостанції «Західна». З 12.00 до 12.50 біля півсотні кримських татар перекрили рух по Ялтинській об'їзній дорозі в районі сел. Странівка. Одночасно, біля 120 чоловік перекрили рух на Ялту в сел. Мар'їно. Об 11.15 біля 80 кримських татар зупинили електричку, що рухалася на Севастополь. За вимогою пікетників машиністи були змушені повернутися знову у Сімферополь.

У натовпі, у порівнянні з попередніми мітингами (особливо 1997 року) було мало жінок і дітей. Була і ще одна обставина, – вперше декілька годин підряд мітинуючи, не ховаючись, кричали «Аллах акбар!» і вперше на головах дуже енергійних молодих людей з'явилися зелені пов'язки з аналогічним написом. Для надання акції масовості, до участі в ній були залучені особи, раніше засуджені: елементи, схильні до хуліганства; члени кримських злочинних угруповань. Деяка частина тих, хто мітингували, особливо молодь, знаходилася в наркотичному або алкогольному сп'янінні.

У жмути розірвавши наочну агітацію біля будинку, в якому

знаходився республіканський комітет кримських комуністів, багатотисячний агресивний натовп рушив на залізничний вокзал із метою «наглухо перекрити залізницю».

У цей час вокзал охороняли приблизно 200 працівників правоохоронних органів. При штурмі вокзалу постраждало 19 міліціонерів, у лікарню було відправлено 12, причому троє з них – у важкому стані...

Зі спогадів постраждалих працівників міліції [4]:

1). *Й. Ш., старший інспектор охорони громадського порядку (ножове поранення правої руки, численні синці і забиті місця):*

«У Сімферополь ми приїхали о 10.00. Спочатку стояли в центрі на площі Леніна. Відтіля нас перевезли до залізничного вокзалу. Ми виставили оточення. Дивимось, на нас йде юрба. Попереду стояли наші хлопці зі щитами.

Не дійшовши до нас метрів п'ять, мітингуючи почали кидати в нас камінням, дошками (розламали ящики з-під пляшок), деякі демонстративно крутили нунчаки. Я стояв попереду. Першою підбігла жінка. Кричить мені: «Пропускайте нас, ми підемо на колі!» Я відмовився, і тоді хтось з натовпу закричав: «Бий псів!» – і кинулися на нас, збили першу шеренгу.

Мой хлопці попадали на тротуар. Їх стали бити ногами, дошками і прутами. Я віддав команду своїм підлеглим, щоб вони допомогли тим, хто впали й відтіснили агресивну юрбу. У цей момент хтось із тих, хто нападали, схопив мене позаду за куртку. Лівою рукою я прикривав голову. Не встиг обернутися, як він ударив мене ножом у кисть правої руки. Помітив, що той, хто нападав, був одягнений у матер'яну куртку, яка була розміри на два більшою. На голові в нього була льняна шапочка і зелена пов'язка.

Чесно говорячи, ми не очікували, що на нас нападуть. Мене здивувало те, що представники натовпу навіть не спробували вступити з нами у переговори. Вони були добре організовані. Якби ми своїх хлопців не вирвали з натовпу, їх би затоптали. Мітингуючи заздалегідь приготували обмерзлі сніжки, усередині яких було каміння. І ще я звернув увагу на те, що у багатьох з тих, хто прийшов мітингувати, одяг був із подовженими рукавами. Коли мене вдарили по спині, я відчув, що удар нанесений явню не рукою, а металевим прутом. Думаю, що пруту вони ховали в рукавах».

2). *Д. П., старший інспектор відділу охорони громад-*

ського порядку (травма голови, гематома, струс головного мозку):

"Тідійшла юрба. Перша хвиля наштовхнулася на щити, її трошки відтиснули. І тут один з нападаючих із прапором став тикати древром як списом в обличчя сержанта ППСМ, який стояв переді мною. Він став захищатися щитом. Я схопив древо, але в цей момент у голову потрапила армійська каска, яку із силою кинули з натовпу. Подальші події пам'ятаю погано".

3). *Ш. Х., помічник командира взводу ППСМ (пораження голови, струс головного мозку, забиті місця поперекової ділянки тіла):*

"Коли юрба стала до нас наблизитися і викрикувати погрози на нашу адресу, я зрозумів, що татари настроєні серйозно. Вони кричали: "Зараз ми вам улаштуємо другу Чечню!"

Я стояв у першому ряду зі щитом, на мені був бронезилет. Вони кинулися на штурм, хтось схопив мене за одяг і ривком повалив на асфальт. Одразу декілька людей стали бити мене ногами. Спас бронезилет, а так би всі ребра переламали. Я було спробував підвестися, але хтось зірвав із моєї голови каску, і одразу пішов удар по голові. Я відчув різкий біль. Очі залило кров'ю, нічого не бачу. Потім мене забрала швидка".

4). *О. К., начальник варті:*

"Ми були без спеціальних засобів захисту, тому нас поставили в останню шеренгу. Коли агресивна юрба прорвала першу шеренгу, найбільш агресивні мітингуєчи почали бити нас руками і ногами. Хтось схопив мене позаду за бушлат. Я спробував звільнитися, програв його декілька метрів і опинився біля колони. Я уперся спиною в колону. Бачу - переді мною стоять декілька чоловік. Вони кинулися на мене і стали бити руками, ногами, дошками. І тут хтось збоку вдарив мене по голові. І шапка на голові була, а потилицю розскри дуже глибоко. Перед очима усе поплило, але на ногах я все ж утримався - у колону уперся. Це мене і врятувало. Я рвонувся убік, перескочив через два візки, якими користуються на вокзалах носильники, і приєднався до своїх..."

Динаміка соціально-психологічної реабілітації. З метою вивчення динаміки психічного стану постраждалих були використані: 16-факторний особистісний опитувальник Кеттела (16 PF), тест СМДО (скорочений варіант ММРІ), шкала реактивної тривожності Спілберга, тест САН (самопочуття, активність, настрої). Контрольна група складалася із 28 працівників-мільціонерів спецвідділу "Беркут", які також приймали участь у припиненні групових порушень громадського порядку у АРК та не були травмовані або поранені.

Динаміку соціально-психологічної реабілітації вивчали поетапно відповідно до проведених медичних і організаційних заходів.

Перший етап - транспортування постраждалих у медичні заклади міста. У соціально-психологічному плані цей період характеризується збільшенням інтенсивності спілкування між постраждалими, у тому числі у формах, невластивих для даної категорії людей у звичайному стані (наприклад, ігнорування посадового стану, зміна змісту вербальних форм спілкування). Це пов'язано з тим, що, попавши під пильне спостереження лікарів, працівники правоохоронних органів одразу виявилися в умовах штучної ізоляції і практично ні з ким не могли спілкуватися.

Мимовільна ізоляція в даній ситуації, неадекватно сприймана постраждалими, побічно наводила їх на думку про те, що вони можуть бути обвинувачені в неправомірних діях по припиненню порушень громадського порядку, та із потерпілих перетворитися на винуватців. Ця обставина посилювала їхню внутрішню психічну напруженість, що лише частково компенсувалася увагою, турботою й участю з боку медичного персоналу.

Другий етап - період перебування в медичному закладі, що характеризується подальшим єднанням постраждалих працівників міліції. В основі цього явища лежить специфічне сприйняття подій, що відбуваються, очікування агресивних актів із боку оточуючих у випадку, якщо за результатами роботи різних комісій вони будуть обвинувачені в перевищенні посадових повноважень. Тому серед постраждалих формувалося розуміння відособленості своєї групи і необхідності "відпрацювати захист" від можливих "негативних" впливів навколишнього соціального середовища. У результаті була сформована спільна концепція подій, що відбулися, і вироблена тактика групової поведінки. У цей період найбільший негативний вплив на постраждалих мали: відсутність інформації про хід розслідування причин невдач, некомпетентність або упередженість деяких представників засобів масової інформації. Негативний вплив на постраждалих мали і різноманітного роду чуття, викликані невідповідністю інформації, яка виходить із неофіційних і офіційних джерел, що породжувало недовіру до їхніх розповідей із боку деякої частини населення, найчастіше супроводжувану вкрай негативними емоційними реакціями. Проте завершення роботи комісії і визнання правомірності їхніх дій, а також більш докладне і правдиве відображення у пресі подій, які відбулися, стало для постраждалих своєрідним катарсисом - розв'язанням усіх, на їхню думку, проблем.

Під час перебування в медичному закладі практично всі постраждалі мали високий соціальний статус у групі ($Agr=0,44-0,90$). До найбільш значущих цінностей вони відносили:

- "активне діяльне життя" - 80 % від загального числа виборів;

- "здоров'я" - 64 %;

- "цікаву роботу" - 40 %;

- "наявність гарних і вірних друзів" - 32 %;

- "забезпечене матеріальне життя" - 24 %.

Серед менш прийнятних цінностей відзначали:

- "задоволення" - 40 %;

- "суспільне визнання" - 36 %;

- "незалежність у вчинках і діях" - 32 %.

Третій етап - перебування в медичному закладі перед випуском додому. У цей час починається дезінтегрованість міжособистісних взаємовідносин і відокремлення постраждалих, чому багато в чому сприяли їхні сім'ї, бо на перший план у цей період виходять інтереси сім'ї, а не групи. Тому, у цей час починає відбуватися зниження задоволеності міжособистісними стосунками, хоча і рід-

ко, але виникають негативні міжособистісні емоції. Причому, якщо раніше негативні емоції були пов'язані в основному зі спілкуванням у соціальному (найчастіше, агресивному) середовищі, то тепер вони опосередковуються спілкуванням у групі. Істотних змін у соціальному статусі постраждалих, їхніх ціннісних орієнтаціях на даному етапі не відбувається. Проте слід зазначити, що даний період перебування в медичному закладі характеризувався найвищим емоційно-позитивним підйомом настрою і поліпшенням функціонального стану. Ні до, ні після цього такого емоційно-позитивного підйому більше не спостерігалось.

Четвертий етап - період відпустки (відпочинок удома) і проходження військово-лікарської комісії. Для нього характерні розірвання міжособистісних контактів, зміна соціального оточення, відволікання від проблем, що стояли перед усіма постраждалими, відсутність необхідності дотримуватися загальногрупової концепції поведінки. Постраждалі виявилися наодинці зі своїми проблемами. У них відбувається переоцінка всього, що сталося, формується "погляд із боку". Основними соціально-психологічними стресорами в цей період були: спогади про проведення спецоперації по припиненню порушень громадського порядку, почуття провини за те, що не змогли надати допомогу товаришам, необхідність поодинокі виправляти "перекручені" у засобах масової інформації відомості про події, які відбулися.

На п'ятому етапі значний вплив, який психічно травмував, мала невідповідність між очікуваним і реальним ставленням із боку оточуючих, колег по роботі й особливо керівництва. До них не ставилися як до героїв, людей, котрі потребують захисту і певних соціальних пільг. До них ставилися як до вже здорових, не роблячи жодної різниці. Тому, на думку працівників правоохоронних органів, які одержали травми або поранення в період припинення дій агресивного натовпу, багато скарг і прохань залишилося без належної уваги. У цей період серед них домінує прагнення вирішити особисті проблеми, а не проблеми професійної групи в цілому; посилюються внутрішньоособистісні конфлікти.

Аналіз ціннісних орієнтацій свідчить про те, що за цей час відбулася суттєва переоцінка життєвої позиції. На першому місці серед термінальних цінностей знаходяться "здоров'я" і "матеріально забезпечене життя". Серед інструментальних цінностей звертає на себе увагу відхід від таких ціннісних орієнтацій, як "чесність", "вихованість", "дисциплінованість", "ретельність". І ця тенденція надалі починає одержувати усе більш чіткий характер. Усе сильніше відбувається переоцінка цінностей у бік облаштування особистого побуту і відходу від активної життєвої позиції. Проте, це не принесе постражданим полегшення, а навпаки, загострить почуття психологічного дискомфорту. Проведене обстеження показало, що суб'єктивно вказані працівники правоохоронних органів оцінюють свій стан психологічного комфорту як 70-80 % від того, що було до "тих" подій.

Одночасно із соціально-психологічним вивченням були виконані психологічні і психофізіологічні зрізи. Аналіз отриманих результатів указує на взаємозв'язок змін психічного стану з етапами соціально-психологічної реабілітації.

Найбільш інформативними для опису динаміки психічного стану в постстресовий період стали фактори: С (емоційна усталеність - емоційна нестійкість), G (висока совісність - недобросовісність), O (схильність до почуття провини - самовпевненість), Q2 (самостійність - залежність від групи), Q4 (напруженість - розслабленість), а також фактори E (домінантність - конформність), H (сміливість - боязкість), M (мрійність - практичність).

Зміна значень за фактором С (емоційна усталеність - емоційна нестійкість) свідчить про те, що працівники правоохоронних органів, які одержали психотравму, на перших етапах реабілітації (у період перебування в медичному закладі, коли згуртованість групи була високою, результати роботи комісії сприятливими) мали більш високу емоційну усталеність, ніж ті, хто знаходилися в звичайних умовах ($p < 0,05$, $p < 0,01$). А період відпусток, коли ті, хто постраждали, виявилися "один на один" зі своїми проблемами, характеризується достовірним зниженням емоційної усталеності ($p < 0,01$) по відношенню до перших двох етапів. Саме на цьому етапі постраждалі мають максимальні значення за фактором Q4 (напруженість - розслабленість) ($p < 0,05$).

Як відомо, характер співвідношення понять "емоційна усталеність" і "напруженість" указує на наявність або відсутність напрути регуляторних механізмів функціонального стану організму, і багато в чому визначає характер інтеркореляційних зв'язків окремих ланок особистісної структури. Так, наприклад, при першому обстеженні високі результати за фактором С взаємопов'язані з факторами G (висока совісність - недобросовісність) ($r = 0,484$), H (сміливість - боязкість) ($r = 0,489$) і A (сердечність - відособленість), що також корелюють між собою і разом із фактором С визначають ступінь психологічної усталеності і рішучості. Дана кореляційна плеяда забезпечує низький рівень психічної напруги (Q4, $r = -0,656$), тривожності (O, $r = -0,477$). Слід зазначити, що ряд факторів входить у фактор другого порядку, який інтерпретується Кеттелом як "тривожність/приспосовуваність". Результати спостереження і проведене обстеження свідчать про те, що у вказаний період для підтримки врівноваженості в собі (емоційної усталеності) працівники міліції гостро потребували в спілкуванні.

Під час третього обстеження, проведеного після відпустки, наданої постражданим, комунікативні механізми виявилися порушеними. Потреба в соціальній підтримці і спілкуванні замінилася певною відчуженістю й агресивністю (фактор I, м'якосердечність - суворість, $r = 0,495$). Відзначено зниження взаємозв'язку емоційної усталеності і моральної нормативності. Зріс рівень психічної напруги, а спроможність до адаптації зменшилася. Зістав-

ляючи отримані результати з подіями, що відбуваються, можна відзначити, що переорієнтація цінностей, відсутність підтримки з боку оточуючих призвели до погіршення міжособистісних стосунків і зниження адаптаційних можливостей даних працівників правоохоронних органів.

Цікавою для аналізу є динаміка показників за фактором G (висока совісність - недобросовісність). Протягом усього дослідження постраждали мали більш високі значення за даним фактором в порівнянні з контрольною групою, але в той же час відзначена стійка тенденція до їхнього зниження. Подібне явище, мабуть, указує на наявність проблем у сфері моральних цінностей, де, з одного боку, бажання чітко наслідувати узвичаєним нормам, дотримуватися існуючих правил поведінки, а з іншого боку - як випікає з результатів соціально-психологічного вивчення і підтверджується динамікою психічного стану, - відбувається переоцінка існуючих цінностей і норм.

Динаміка за фактором O (схильність до почуття провини - самовпевненість) свідчить про поступове наростання тривожного фону настрою. Зміни значень за фактором Q2 (самостійність - залежність від групи) указують на зростання самостійності, проте при цьому вони залишаються конформними, життєва позиція пасивна (фактор E, домінантність - конформність), що цілком відповідає процесам, які спостерігаються в соціальній сфері постраждалих.

Було проведено і вивчення змін психофізіологічних характеристик постраждалих із використанням теплінг-тесту, анкети САН, тесту Спілбергера.

Як свідчать дані, найбільш високий рівень самопочуття в постраждалих спостерігався під час другого обстеження, а потім відзначалася стійка тенденція до зниження показників. Для динаміки реактивності особистості характерним є збільшення рівня ситуативної тривоги на різноманітних етапах реабілітації. Як відомо, збільшення рівня тривоги - негативне явище, що свідчить про перенапругу регуляторних механізмів центральної нервової системи і погіршення функціонального стану організму. Тому не випадково, що результати, отримані за теплінг-тестом, виявили певну тенденцію до зниження рівня працездатності.

Для оцінки загального психічного стану і зміни характеристик узвичаєної психічної норми постраждалих у ході реабілітації використовували тест СМДО.

Обстеження даною методикою проводили при першому і п'ятому обстеженнях (часовий інтервал - біля двох років). При першому обстеженні постраждали мали більш високі значення в порівнянні з контрольною групою за шістьма базовими шкалами тесту. Більш високі значення відзначені за шкалами: Hs (іпохондрія; $p < 0,01$), Pd (психопатія; $p < 0,01$), Pt (психастенія; $p < 0,01$), Sc (шизоїдність; $p < 0,01$). При цьому результати за шкалами Hs, Pt, Sc перевищували норму (понад 70 T-балів). Підвищення профілю за цими шкалами свідчить про наявність у респондентів внутрішньої напруги, пов'язаної з пере-

житою ситуацією і занепокоєнням за своє здоров'я, що підтримується певною нав'язливістю думок. Обстеження, проведене на п'ятому етапі вивчення, показало, що психічний стан постраждалих у цілому відповідає нормі.

Проте вірогідно зросли значення в порівнянні з попереднім обстеженням за шкалами D (депресія; $p < 0,05$) і Si (соціальна інтроверсія; $p < 0,05$). Як і раніше залишаються високими значення за шкалою Pd (психопатія; $p < 0,05$), що вказує на проблеми в соціальній адаптації і певній невротизації постраждалих.

Аналіз результатів проведеного дослідження вказує на існування в динаміці соціально-психологічної реабілітації декількох основних фаз

Перша - це період "легкої ейфорії", опосередковуваний тим, що постраждали пережили смертельну загрозу і залишилися в живих. Вони на деякий час "відійшли від реального життя", не бачать ніяких життєвих проблем, сповнені надій і впевненості у своїх силах. У соціальному плані постраждали орієнтовані на активну життєву позицію, дотримання узвичаєних моральних норм поведінки. Проте, в цей період у них відбувається значне завищення самооцінок і формується образ "Я-героя", "Я-ідеала". Даний період тривав біля двох місяців. На його завершальному етапі психологічний стан працівників міліції був самим оптимальним у постстресовий період.

Друга фаза - період розчарування, що тривав від двох до 8-10 місяців після подій, що описуються. Постраждали "повернулися" до реального життя. Зіткнувшись із великою кількістю проблем (побутових, службових, етичних і ін.), вони переосмислюють усе, що відбулося, у тому числі своє місце і роль у "тій" ситуації. Наступає період руйнації образу "Я-героя", і найбільш чітко виявляється "комплекс провини", відбувається значне зниження самооцінок. Під впливом об'єктивних і суб'єктивних факторів починається переорієнтація існуючих цінностей і норм. У моральній сфері починають детермінувати особисті, індивідуалістичні інтереси, соціальна активність низька. Психічний стан характеризується порушенням компенсаторних механізмів, зменшенням емоційної усталеності, зростанням тривоги і погіршенням функціонального стану.

Результати проведеного дослідження дозволяють припустити, що через 10-18 місяців після подій, що відбулися, настає **третя фаза** - відновлення. Про це свідчать деякі тенденції зміни психічного стану і наближення характеристик до узвичаєної психічної норми. Даний період пов'язаний із поверненням до оперативнотрудової діяльності і характеризується наявністю значних проблем у соціальній адаптації до нових умов діяльності. Виходячи із суб'єктивних (думки постраждалих) і об'єктивних (стан здоров'я, характеристики психічного стану і т.п.) оцінок, цей період у багатьох із постраждалих не завершений і може тривати ще значний час.

Виявлені в ході дослідження періоди соціально-психологічної реабілітації носять не випадковий, а закономірний характер. Так, спеціалісти Національного ін-

ституту психічного здоров'я США і ряд інших авторів [5] вважають за доцільне в постстресовому періоді виділити три фази: "медяного місяця" (триває від тижня до 3-6 місяців); розчарування (від 2 місяців до 1-2 років) і відновлення (...). Дані фази багато в чому (і за характером прояву, і за тривалістю) збігаються з періодами динаміки реабілітації учасників подій, що відбулися в АРК у 1998 році

Говорячи про постстресовий період і ефективність реабілітації, слід зазначити, що, незважаючи на медичні й організаційні заходи, які проводилися безумовно на високому рівні, проблема відновлення психічного здоров'я цілком не була вирішена. Як уже було сказано вище, через два роки після подій, 57,89 % постраждалих висловлювали скарги щодо соматичної симптоматики. Відзначалася стійка тенденція до погіршення функціонального стану (знижувалися самопочуття, настрої, падали показники активності і працездатності). Особливо яскраво це виявлялося у випадках, пов'язаних із негативними спогадами. Так, деякі працівники міліції за родом своєї діяльності періодично виступали в ролі експертів, коли оточуючі знову "повертали" їх у ситуацію "того дня". Навіть через майже 5 років після описаних подій один із постраждалих заявив: "Тільки уявивши цю ситуацію - холодом обдає, у роті сухо, руки трясуться починають. Потім цілий день поганий настрої. Додому приходиш - зриваєшся через будь-яку дрібницю, лаєшся, уночі кошмари сняться, втомився від усього цього".

Динаміка психофізіологічного стану постраждалих, що спостерігається, багато в чому обумовлена характером змін психологічного статусу. Дані кореляційного аналізу показують, що самопочуття, настрої і активність учасників подій 1998 року корелюють із факторами 16PF: C ($r = 0,70$), G ($r = 0,99$), O ($r = -0,48$), Q4 ($r = -0,63$), а зміни за цими факторами на різних етапах реабілітації частіше усього носили негативний характер. Особливо варто звернути увагу на динаміку показників за фактором G (висока совісність - недобросовісність), що характеризує орієнтацію обстежуваних на дотримання моральних і поведінкових норм. Дослідження, проведені в рамках вивчення посттравматичних стресових порушень (PTSD), показали, що збереження моральних цінностей у постстресовий період є найважливішою умовою для відновлення гармонії особистісних структур і збереження здоров'я постраждалих.

На нашу думку, динаміка реабілітації в основному визначається трьома компонентами: станом здоров'я в період, який передував ризиконебезпечній ситуації; особистісними особливостями постраждалих і низкою соціальних умов, що виступають у якості детермінант. Проведене дослідження дозволяє назвати серед найбільш важливих соціально-психологічних детермінант наявність підтримки з боку соціального оточення. Чим сильніше відчували підтримку постраждалі, тим ефективніше проводилися реабілітаційні заходи. Проте, варто мати на увазі, що в плані соціально-психологічної реадaptaції праців-

ники міліції проходили два етапи: медичну реабілітацію і повернення до професійної діяльності. Якщо на першому етапі підтримка з боку медичного персоналу і представників органів влади була високою, то на другому етапі постраждалі були позбавлені цієї підтримки і навіть більш того - відчували негативні впливи з боку навколишніх.

Наявність значної підтримки на першому етапі соціально-психологічної реадaptaції привела до формування в постраждалих високих, мабуть, дещо завищених самооцінок, що, з одного боку, благотворно впливало на процес медичної реабілітації, а з іншого боку - призвело до порушення адекватності соціального сприйняття. Тому, опинившись перед реальними життєвими проблемами, ці люди по суті випробували ще один стрес. У цей період у якості компенсації могла виступити тільки підтримка з боку сім'ї і найближчих родичів.

На нашу думку, на практиці неможливо уникнути різного ставлення соціального середовища до людей у погонах, котрі виконали задачу в умовах підвищеного ризику для життя: від позитивного до негативного або байдужого. Негативний вплив може бути різної форми, але в більшості випадків у силу об'єктивних умов він буде носити психотравмуючий характер для постраждалих (щоб більшості людей зрозуміти проблеми, їх треба пережити самим). Тому доцільно вже на етапі медичної реабілітації здійснювати психокорекційні заходи, спрямовані на збереження в постраждалого адекватного сприйняття соціальної дійсності і формування установок на самостійне вирішення своїх проблем.

Таким чином, проведені дослідження свідчать про наявність двох основних етапів реадaptaції постраждалих. Перший - медико-психологічна реабілітація. Другий - соціально-психологічна реабілітація, пов'язана з поверненням до фахової діяльності.

До найбільш значущих соціальних детермінант динаміки постстресової реабілітації варто віднести:

- наявність підтримки з боку соціального оточення (особливо сім'ї, найближчих родичів, представників органів державної влади);
- відсутність інформаційної ізоляції постраждалих;
- правдиве відображення трагедії, яка відбулася, в засобах масової інформації

Заходи психологічної корекції, спрямовані на збереження моральних цінностей і адекватного сприйняття соціальної дійсності, формування установок на самостійне вирішення проблем, необхідно починати якомога раніше і продовжувати до повного відновлення в постраждалих спроможностей до соціально-психологічної адаптації.

Від повноти і якості психореабілітаційної роботи в обласних Центрах практичної психології при УМВС України буде залежати не тільки відновлення боєздатності особового складу, але і соціальне самопочуття працівників ОВС, членів їхніх сімей, рівень морально-психологічного стану, профілактика аутодеструктивної

поведінки, злочинів і подій, що у більшості випадків є наслідком професійного стресу та посттравматичних стресових порушень

ЛІТЕРАТУРА

1 Тімченко О.В. Синдром посттравматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування: Монографія –Харків: Вид-во Ун-ту внутр. справ, 2000. –268 с.

2 Лефтеров В.О., Тімченко О.В. Психологічні детермінанти загибелі та поранень працівників органів внутрішніх справ: Монографія –Донецьк: ДІВС МВС України, 2002. –324 с.

3. Агресивний натопт та методи протидії йому: Навчальний посібник /За ред. О.В. Тімченка –Харків: Ун-т внутр. справ, 1998. –106 с.

4 Тихонов С «Если Украина не хочет понять нас, мы сделаем ее меньше наполовину» – заявляют отдельные лидеры крымскотатарского движения // С места происшествия. -2-9 апреля 1998 г. –С.6-7

5 Кравченко О.В., Тімченко О.В., Христенко В.С. Психологічне забезпечення діяльності ОВС в ризиконебезпечних ситуаціях оперативно-службової діяльності Навчальний посібник. –Харків: "ГПТ Модем", 2002. –127 с.

Надійшла до редакції 10.05.2003

БЕЛОКОВАЛЕНКО Д.Л., ТИМЧЕНКО А.В. ВЫЯВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ДЕТЕРМИНАНТ, КОТОРЫЕ ВЛИЯЮТ В ПОСТСТРЕССОВЫЙ ПЕРИОД НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОСТРАДАВШИХ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЙ РАБОТНИКОВ ОВД, КОТОРЫЕ ПОЛУЧИЛИ ТРАВМЫ ИЛИ РАНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ МАССОВЫХ БЕСПОРЯДКОВ) Рассматривается динамика медико-социально-психологической реабилитации по восстановлению социально-психологического и психофизиологического состояния работников правоохранительных органов, которые принимали участие в прекращении групповых нарушений общественного порядка.

BELOKOVALENKO D.L., TIMCHENKO A.V. DETECTION A SOCIAL-PSYCHOLOGICAL DETERMINANT, WHICH ONE INFLUENCE IN THE AMBASSADOR STRESSFUL PERIOD MENTAL CONDITION DAMAGED (SOFTWARE TO OUTCOMES OF RESEARCHES OF THE EMPLOYEES LAW-ENFORCEMENT ORGANS, WHICH ONE HAVE RECEIVED TRAUMAS OR WOUNDS DURING THE TERMINATION OF MASS RIOTING)

Dynamics of a medical-social and psychological after treatment on recovery of a social-psychological and psycho-physiological condition of the employees of law enforcement organs is esteemed, which one shared in the termination of formation disturbances of public peace



М.С. ЖУРОВ

канд. психол. наук

Крымский юридический институт Национального университета внутренних дел

УДК 159.95+343.95

ПРАВОВАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ ПРАВА В СИСТЕМЕ ЮРИДИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Рассмотрена взаимосвязь правовой психологии и психологии права как составных компонентов психологии правосознания, составляющей одно из ключевых направлений современной юридической психологии.

Одной из неотъемлемых сторон теории права должен быть приоритет человеческой личности, социальных групп, их интересов и потребностей, что диктуется гуманистической природой права. Именно этот факт определяет необходимость изучения психологии восприятия

права. В настоящее время эта проблема, входящая в общую систему юридической психологии, остается недостаточно изученной.

В 1907 году Л.И. Петражицкий создал «психологическую школу права», в которой была предпринята попытка