

4. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения : [учеб. пособие для вузов] / Ю. А. Клейберг. – М. : ТЦ Сфера, 2001. – 160 с.

5. Шнейдер Л. Б. Девиантное поведение детей и подростков / Л. Б. Шнейдер. – М. : Академический Проект, Трикста, 2005. – 309 с.

## УДК 159.9

*Ільїна Ю. Ю., к. біол. наук, доцент, доцент кафедри психології діяльності в особливих умовах НУЦЗУ;*

*Красюк В., магістр НУЦЗУ*

### КРИЗА СОЦІАЛЬНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ ЯК НАСЛІДОК ТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ

У статті розглядаються теоретичні аспекти проблеми кризи соціальної ідентичності як наслідок впливу травмуючих подій на людину. Аналізується зв'язок між поняттями соціальної ідентичності та психічного реагування на власну хворобу.

*Ключові слова:* ідентичність, криза соціальної ідентичності, травмуючі події, страх, відношення до хвороби.

В статье рассматриваются теоретические аспекты проблемы кризиса социальной идентичности как следствия воздействия травмирующих событий на человека. Анализируется связь между понятиями социальной идентичности и психического реагирования на собственную болезнь.

*Ключевые слова:* идентичность, кризис социальной идентичности, травмирующие события, страх, отношение к болезни.

**Постановка проблеми.** В умовах сучасного українського суспільства питання про становлення особистості, її ціннісно-сміслової сфери, навичок цілепокладання та ставлення до свого життя є актуальним та життєвоважливим. Успішне функціонування всіх сфер суспільного життя значною мірою визначається особистісними якостями, здібностями, домаганнями та цінностями конкретної людини, яка здатна протиставляти соціуму свою волю та свої бажання, здатна захистити свої права та здійснювати свідомий життєвий вибір. Тому питання становлення та розвитку особистості, її ідентичності є сьогодні надзвичайно актуальними.

Актуальність дослідження особистісної ідентичності визначається необхідністю розуміння психологічних змін у становленні особистості в контексті тенденцій розвитку сучасного суспільства. Завдяки змінам, що відбуваються в сучасному суспільстві, молоді люди мають великий вибір ідеологічних, соціальних та професійних можливостей. Перед психологічною наукою постають нові питання про те, що саме наповнює внутрішній світ сучасної молоді людини, як відбувається становлення її індивідуальності.

Об'єктом нашого дослідження виступає соціальна ідентичність, а предметом виступає криза соціальної ідентичності.

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** У зарубіжній психології існує декілька підходів до проблеми дослідження ідентичності: психоаналітичний (Р. Гартман, Е. Еріксон, Дж. Марсія, А. Фрейд та ін.), символічний інтеракціонізм (І. Гофман, Р. Дженкінс, Л. Краппман, Дж. Мід, Ю. Хабермас, та ін.), когнітивний підхід (Р. Брейкуелл, Х. Теджфел, Дж. Тернер, М. Яромовіц та ін.).

У вітчизняній психологічній науці проблемі становлення ідентичності в різних її аспектах були присвячені роботи К. Абульханової-Славської, Н. Антонової, Е. Ермолаєвої, І. Кона, В. Століна, Г. Соколової, В. Хомик, І. Чеснокової, В. Ядова та ін.

**Виклад основного матеріалу.** Проаналізувавши різні наукові джерела ми можемо розглядати ідентичність як складне особистісне утворення, що має особистісну тотожність, цілісність (відчуття і усвідомлення себе незмінним незалежно від зміни ситуації і ролі), спадкованість свого минулого, сьогодення і майбутнього, а також визнання певної межі схожості з іншими людьми при одночасному баченні своєї унікальності і неповторності [1].

Ідентичність індивіда ґрунтується на двох спостереженнях, які існують водночас: відчутті тотожності самому собі та неперервності свого існування в часі і просторі й усвідомленні того факту, що твої тотожність і неперервність визнаються оточуючими.

Тобто, можна сказати, що соціальна ідентичність - це єдність і спадковість певної системи соціальних характеристик (норм, ролей, статусів), що дозволяють диференціювати індивідів за їх суспільним станом і груповою належністю. Вона означає уявлення людини про своє особисте місце у світі, усвідомлення нею приналежності до певної соціальної групи, категорії [2].

Не випадково в соціально-психологічному дискурсі останніх років в якості основної проблеми, пов'язаної з дослідженням ідентичності, називається проблема кризи ідентичності. У вітчизняній літературі проблема висвітлена настільки широко, що практично не залишається простору для її подальшого викладу. Окремі автори вводять навіть поняття «кризова ідентичність». Традиційно криза ідентичності визначається як особлива ситуація свідомості, коли більшість соціальних категорій, за допомогою яких людина визначає себе і своє місце в суспільстві, здаються такими, що втратили свої кордони і свою цінність.

У соціально - психологічній традиції криза ідентичності неминуче пов'язана зі зміною ролі ще однієї змінної - референтної групи. Ідея референтної групи полягає в тому, що індивіду властиве розрізняти свою реальну приналежність до деякої «групи членства» і приналежність до уявної групи, куди він не входить реально, але цінності якої, а також

зразки поведінки якої він приймає. Реальна і уявна група - обидві позначають деякий фокус ідентифікації. Отже, якщо і група членства, і референтна група втрачають риси привабливості, то це є ще один доказ наявності кризи ідентичності [1].

Травмуючі події траплялися з людьми у всі часи. Але ветерани воєн і збройних локальних конфліктів займають особливе місце, оскільки на їх долю випала дуже велика доза нелюдських переживань. Жахи війни вплинули не тільки своєю інтенсивністю, але й частою повторюваністю: травми слідували одна за одною, так що в людини не було часу "прийти в себе".

Щоб переконатися, наскільки це природно, і наскільки важливо для душевного комфорту, звернемося ще раз до психіатричного визначення: лікарі вважають, що подія, яка має всі ознаки травмуючої, вплине на будь-яку людину. А це означає, що втрата душевної рівноваги, бурхливі психічні прояви у цьому випадку абсолютно нормальні [4].

Якщо травма була порівняно невеликою, то підвищена тривожність і інші симптоми стресу поступово відбудуться протягом декількох годин, днів або тижнів. Якщо ж травма була сильною чи травмуючі події повторювалися багато разів, хвороблива реакція може зберегтися на багато років.

Наприклад, у сучасних бойових ветеранів гул низького вертольота або звук, що нагадує вибух, може викликати гостру стресову реакцію, "як на війні". У той же час людина прагне думати, відчувати і діяти так, щоб уникнути важких спогадів.

Подібно до того, як ми отримуємо імунітет до певної хвороби, наша психіка виробляє особливий механізм захисту від хворобливих переживань. Наприклад, людина, що пережила трагічну втрату близьких, в подальшому підсвідомо уникає встановлювати з кимось тісний емоційний контакт. Якщо людині здається, що в критичній ситуації вона поводитиме себе безвідповідально, їй згодом буде важко брати на себе відповідальність за когось або за щось.

Проблема психічного здоров'я військовослужбовців, що беруть участь в сучасних локальних війнах і збройних конфліктах, є на сьогоднішній день однією з найбільш актуальних для вітчизняної військової психіатрії, а психолого - психіатричні наслідки бойової психічної травми (БПТ), особливо в контексті медико - реабілітаційних завдань, - зона взаємного наукового і практичного інтересів як цивільних, так і військових фахівців [5].

Поряд з природними, "нормальними" психологічними реакціями тривоги і страху без ознак дисфункції психічної діяльності в умовах інтенсивних бойових дій досить часто виникають транзиторні психічні розлади - гострі реакції на стрес, що мають картину змішаних і мінливих симптомів депресії, тривоги, гніву, розпачу, ажитації, гіперактивно-

сті або загальмованості (аж до дисоціативного ступору) на фоні явищ оглушення, деякого звуження поля свідомості, нездатності адекватно реагувати на зовнішні стимули, іноді з наступною частковою або повною амнезією. Розвиток гострих стресових реакцій серед особового складу негативно позначається на рівні боєздатності військ і нерідко створює додаткову загрозу життю. Оскільки симптоми дистресу припиняються швидко (від декількох годин до двох-трьох днів), синдромологічна оцінка стану уражених по суті неможлива. Проте наявність таких симптомів вже вимагає проведення невідкладних психокорекційних заходів, зважаючи на небезпеку розвитку більш тривалих і менш оборотних неспецифічних, а далі - і нозоспецифічних стресових розладів [3].

У бойовій обстановці головні причини психологічного стресу – загроза життю та відповідальність за виконання завдання, недостатність і невизначеність, що надходить, дефіцит часу при прийнятті рішень та здійсненні бойових дій, невідповідність рівня професійних навичок вимогам, що пред'являються умовами бою до особистості, психологічна невідповідність до виконання конкретного завдання, невпевненість у надійності зброї, відсутність довіри до командування, фактори ізоляції (при діях у відриві від основних сил, знаходження в ізольованих укриттях) і т.д.

Усі психічні порушення військового часу фахівці об'єднують в три основні групи. У першу чергу виділяють порушення психіки, провідним симптомом яких є патологічний страх. Його типову картину становлять: серцебиття, холодний піт, сухість у роті, тремтіння кінцівок, що охоплює під годину все тіло, мимовільне відділення сечі і калу, функціональні паралічі кінцівок, заїкання, втрата мови [4].

Розрізняють рухові і заціпенілі форми страху. Рухові представляють собою, як правило, різні види неконтрольованих рухів, наприклад: втеча від джерела небезпеки. Військовослужбовець, охоплений заціпенілою формою страху, знаходиться в заціпенінні, обличчя в нього сірого кольору, погляд погасаючий, контакт з ним утруднений. До цієї групи відносять також "приховану" форму страху, яка отримала назву "гарячкова пасивність" і характеризується безглуздою діяльністю, що приводить до зриву завдання. У штабах така "активність" сповільнює або навіть паралізує роботу. Конкретним її проявом може бути утворення нових робочих груп, які нічого суттєвого не роблять, крім організації численних телефонних дзвінків і радіограм, що суперечать один одному.

Почуття страху серед людей поширюється як ланцюгова реакція, що пояснюється відсутністю у особи при знаходженні в організованому колективі персональної відповідальності і переважаючих в її діях емоцій, які найчастіше носять примітивний характер. Це призводить до виникнення колективних реакцій, одна з яких - паніка.

Друга група реакцій є спробами людини "викреслити бойові епізоди з пам'яті". Наслідками таких реакцій найчастіше є різні дисциплі-

нарні проступки, вживання алкоголю, наркоманія. Як правило, зазначені реакції виникають після бойових дій, але можуть виникнути і в період.

У третю групу виділяють порушення, іменовані бойовою втомою, пов'язані з тривалим веденням бойових дій. У цій групі виділяють "бойовий шок" - проста емоційна реакція, яка виникає через декілька годин або днів інтенсивних бойових дій. Характеризується почуттям тривоги, депресією і страхом. "Бойова перевтома" - виникає через кілька тижнів бойових дій середньої інтенсивності.

БПТ розрізняють також за ступенем тяжкості. Найбільш частими його проявами легкого ступеня є надмірна дратівливість, нервозність, замкнутість, втрата апетиту, головні болі, швидка стомлюваність. У випадках середньої тяжкості психічні порушення проявляються у вигляді істеричної реакції, агресивності, тимчасової втрати пам'яті, депресії, підвищеної чутливості до шуму, патологічного страху, що переходить іноді в паніку, втрати відчуття реальності, що відбувається. У важких випадках в уражених виникають порушення слуху, зору, мови, координації рухів [4].

"Бойові рефлекси" не здавалися чимось незвичайним, поки людина знаходилася в районі воєнних дій. Але повертаючись додому, потрапляла у таке середовище, де подібні рефлекси призводили, щонайменше, до дивне враження. Тисячу разів, безліччю різних способів людині вказували, що час припинити вести себе як на війні. Але ніхто не пояснив, яким чином це зробити.

За розповідями багатьох ветеранів, повернення додому було не менше, а то й більш важким, ніж військові переживання: не з ким було поговорити по душах, ніде не відчувалося повної безпеки, і легше було придушувати емоції, ніж дозволити їм вирватися назовні, з ризиком втратити контроль. У такій ситуації психічна напруга довгий час не знаходить собі виходу.

Можна стверджувати, що криза соціальної ідентичності може з'явитися внаслідок перебування людиною в екстремальних умовах. Перебування на війні – екстремальна ситуація, коли людина постійно перебуває у найсильнішому психоемоційному стресі, долаючи його волевими зусиллями. Обходиться це дуже високою ціною: майже у всіх учасників бойових дій неминуче відбувається зміна у фізичному і психологічному стані. За даними світової статистики: кожний п'ятий учасник бойових дій за відсутності будь – яких фізичних ушкоджень страждає на нервово – психологічні розлади, серед поранених і калік – кожний третій. Але це лише маленька частина гігантського айсберга. Інші наслідки проявляються через кілька місяців після повернення до умов життя. Це різні психосоматичні захворювання. За даними експериментів в учасників бойових дій вдвічі – втричі вища ймовірність таких захворювань: як гіпертонічна хвороба, гастрит, виразка шлунку та інше. Крім

того у учасників бойових дій велика імовірність фізичних поранень, які потребують хірургічного втручання [3].

Внаслідок хірургічного втручання у багатьох людей відбувається переоцінка цінностей та виникнення кризи соціальної ідентичності. У центрі уваги клінічного психолога, який працює в соматичної (непсихіатричного) клініці перебувають психічні реакції людини, що захворіла тим чи іншим розладом. Значущим стає аналіз як їх клінічних особливостей і різноманітності, так і оцінка факторів, що сприяють виникненню у конкретної людини певного типу психічного реагування на власну хворобу.

Вважається, що тип реагування на захворювання пов'язаний, в першу чергу, з оцінкою пацієнтом його тяжкості. При цьому можна говорити про існування феномена «об'єктивної тяжкості хвороби» і «суб'єктивної важкості хвороби» [3].

Більш значущим виявляється в цьому контексті суб'єктивно оцінювана пацієнтом тяжкість хвороби. У свою чергу, на вироблення суб'єктивного ставлення до тієї чи іншої хвороби впливають кілька факторів.

Суб'єктивне ставлення до захворювання називається також «внутрішньої картиною хвороби» (Р. А. Лурія), концепцією хвороби, нозогнозією. Суть його полягає в інтелектуальній інтерпретації діагнозу захворювання, когнітивної оцінці його тяжкості і прогнозу і у формуванні на цій основі емоційного та поведінкового патерну. Для пацієнта внутрішня картина хвороби складається з розуміння механізмів виникнення неприємних і хворобливих відчуттів, оцінки їх значення для майбутнього, а також відреагування на хворобу у вигляді емоційних переживань і вибору способу дій і поведінки в нових для людини умовах. Об'єктивна тяжкість хвороби - інформація про летальність після подібного розладу, ймовірності інвалідизації та хроніфікації хворобливого процесу, що є одним з факторів для формування внутрішньої картини хвороби. Однак, як правило, пацієнт рідко повністю довіряє медичним даним. Він схильний аналізувати ситуацію крізь призму суб'єктивної важкості хвороби, ґрунтуючись на відомих тільки йому або його субкультуральній групі (сім'ї, мікроколективі) відносинах до захворювання [3].

Суб'єктивне ставлення до хвороби формується на базі безлічі факторів, які можна згрупувати в такі групи: соціально-конституціональну і індивідуально-психологічну. Під соціально-конституціональними параметрами розуміється вплив статі, віку та професії людини, під індивідуально-психологічними - властивостей темпераменту, особливостей характеру і якостей особистості.

У рамках хірургічної патології відзначається значимість психологічного операційного стресу (передопераційного і постопераційного). Основними проявами операційного стресу виступають емоційні феномени, частіше за інших - тривога.

Необхідність проведення хірургічного оперативного втручання, як правило, застигає пацієнта зненацька на відміну від ситуації хронічної соматичної патології, до якої він поступово адаптується. І якщо обов'язковість тих або інших терапевтичних заходів людина може спрогнозувати, то припустити можливість і необхідність операції пацієнт здатний значно меншою мірою. Іншими словами, для клінічного психолога важливим стає той факт, що психологічна готовність до терапевтичних і хірургічних заходів з боку хворого кардинально розрізняється. У пацієнта з хронічним соматичним захворюванням адаптація відбувається умовно кажучи до теперішнього статусу, а у хірургічного - до майбутнього [5].

Відмінними рисами психології пацієнта хірургічної клініки вважається експектації післяопераційного статусу, що супроводжується передопераційною і постопераційною тривогою. Особливі реакції можна очікувати від пацієнтів, що піддаються трансплантологічного оперативного втручання, пов'язані з внутрішньоособистісним конфліктом з приводу придбання органів іншої людини. Даний факт впливає на самооцінку людини, сприйняття і прийняття їм себе як цілісної особистості після операції. Нерідкі в подібних випадках деперсоналізаційні розлади і порушення сприйняття власної схеми тіла [3].

У хірургічній практиці значимим виявляється стратегія вибору пацієнтом способу лікування. Хворий, націлений на психологічну стратегію «уникнення невдач», буде ставитися до оперативного втручання як до останнього засобу зняття хворобливих проявів і погодиться на операцію лише після того, як будуть використані всі інші паліативні способи. Пацієнт же, що сповідує психологічну стратегію «прагнення до успіху», самостійно може звернутися за хірургічною допомогою і наполягати на якнайшвидшій операції. Суть психологічних відмінностей цих пацієнтів укладена в прийнятті існуючого патологічного стану і відношенні до ризику його погіршити в процесі терапії. «Не було б гірше» - принципова психологічна позиція пацієнта, який приймає хворобливі симптоми свого захворювання і намагаючись адаптуватися навіть до найважчих з них. Від страшитися втратити те, що має і згодом каятися за власне рішення зробити операцію. «Краще нехай буде гірше, ніж терпіти те, що є» - позиція іншої групи пацієнтів, що погоджуються ризикувати і йти на операцію заради кардинального поліпшення власного стану здоров'я. При цьому у першому справжній стан здоров'я може бути кращим, ніж у другому [3].

Передопераційна тривога є типовою психологічною реакцією на повідомлення про необхідність проведення хірургічної операції. Вона виражається в постійному занепокоєнні, непосидючості, неможливості зосередитися на чому-небудь, порушенні сну. Тривога проектується в майбутнє, відбиваючи очікування від якості операції, майбутнього стану, задоволеності тим, що погодився на операцію. Постоопераційна три-

вога, яка клінічно може бути ідентична передопераційній, пов'язана з перенесеним операційним стресом, зі співставленням експектацій (очікувань) і реальності.

**Висновки.** Проведений нами аналіз наукової літератури дає підстави для твердження про те, що процес становлення ідентичності особистості, пов'язаний з процесом адаптації особистості до мінливої соціальної реальності і сам по собі є динамічним процесом, оскільки в ході становлення розвитку особистості її ідентичність піддається постійній перевірці, що веде до виникнення криз особистісного розвитку і виражається в активному осмисленні людиною свого місця в світі, своїх цілей, цінностей, мотивів та переконань, що під силу лише людині, яка наділена системою індивідуально вироблених сенсів і стосунків до самої себе і до соціальної реальності загалом.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Андреева Г. М. Личность в поисках идентичности в глобальном мире / Г. М. Андреева // Социальная психология сегодня : поиски и размышления. – М. : Изд-во Моск. психол.-соц. ин-та, 2009. – 105 с.
2. Климов И. А. Психосоциальные механизмы возникновения кризиса идентичности / И. А. Климов // Трансформация идентификационных структур в современной России. – М. : Моск. обществ. науч. фонд, 2001. – 200 с.
3. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : [практическое руководство] / В. Д. Менделевич. – М. : Медицина, 2002. – 471 с.
4. Мясичев В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясичев. – Л. : ЛГУ, 1960. – 426 с.
5. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М. : МГУ, 1987. – 374 с.

### УДК 159.9

*Ільїна Ю.Ю., к. біол. н., доцент кафедри психології діяльності в особливих умовах НУЦЗУ;*

*Зубко М.В., спеціаліст соціально-психологічного факультету НУЦЗУ*

### ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ ЧАСУ МАЙБУТНІМИ РЯТУВАЛЬНИКАМИ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЯХ

Проаналізовано наукові підходи до дослідження сприйняття часу. Розглянуто погляди психологів на сприйняття часу в екстремальних ситуаціях. Емпірично підтверджені відмінні особливості сприйняття часу до травматичної події і безпосередньо після неї.

*Ключові слова:* сприйняття часу, травмуюча подія, екстремальна ситуація.