

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ УКРАЇНИ

Афанасьєва Н.Є.

ОСНОВИ ПСИХОГІГІЄНИ ТА ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ

Навчальний посібник

Харків 2016

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ УКРАЇНИ

Афанасьєва Н.Є.

ОСНОВИ ПСИХОГІГІЄНИ ТА ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ

Навчальний посібник

Харків 2016

Рекомендовано до друку
методичною радою НУЦЗ України
Протокол від 19.05.16 № 9.

Рецензенти: кандидат психологічних наук, доцент І.О. Віденєєв, доцент кафедри соціальної психології факультету управління та бізнесу Харківської державної академії культури;
доктор біологічних наук, професор Л.А. Перелигіна, начальник кафедри психології діяльності в особливих умовах НУЦЗ України.

Афанасьєва Н.Є.

Основи психогігієни та психопрофілактики: навч. пос. / Н.Є. Афанасьєва.
– Х.: НУЦЗУ, 2016. – 91 с.

ТЕМА 1. ІСТОРІЯ ВИНИКНЕННЯ, СТРУКТУРА ТА СУЧАСНИЙ СТАН ПСИХОГІГІЄНИ І ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ

- 1.1. Предмет та завдання психогігієни.
- 1.2. Предмет та завдання психопрофілактики.
- 1.3. Методи психогігієни та психопрофілактики
- 1.4. Історія розвитку психогігієни та психопрофілактики.

1.1 Предмет і завдання психогігієни

Гігієна (грец. Hygieinos – здоровий, цілющий, який приносить здоров'я) – наука, що вивчає вплив різноманітних факторів оточуючого середовища і трудової діяльності на здоров'я людини, її працездатність, тривалість життя і розробляє практичні заходи, спрямовані на оздоровлення умов життя і праці людини.

Психогігієна – це розділ загальної гігієни, який включає сукупність заходів щодо збереження та зміцнення психічного здоров'я, що забезпечують найкращі умови для психічної діяльності людини.

У даний час психогігієна розглядається як галузь наукових знань і як комплекс практичних заходів, спрямованих на збереження і зміцнення нервово-психічного здоров'я населення, на попередження виникнення і розвитку нервово-психічних захворювань. Психогігієна як практика – це реалізація оздоровчих заходів, створення умов для повного збереження психічного здоров'я як окремої людини, так і всередині великих та малих груп, виконання рекомендацій по зміцненню здоров'я, підвищенню психологічної стійкості.

Теоретичною основою психогігієни є соціальна та загальна психологія, психотерапія, соціальна психіатрія і фізіологія вищої нервової діяльності.

Для психогігієни центральним є завдання поширення знань про здоров'я, здоровий спосіб життя, формування навичок оздоровчої поведінки, тобто поведінки, націленої на здоров'я. Під оздоровчою поведінкою розуміється будь-яка міра, що використовується індивідом, незалежно від фактичного або суб'єктивно сприйманого стану здоров'я з метою зміцнення, захисту або підтримки здоров'я. При цьому об'єктивна ефективність такої поведінки з погляду досягнення мети в розрахунок не береться.

Психогігієнічні заходи повинні розроблятися і реалізовуватися не тільки психологами і психотерапевтами, а й педагогами, лікарями, соціальними працівниками. Більш того, в них повинні брати активну участь як фахівці, так і представники влади різних рівнів, посильний внесок повинен вносити кожен член суспільства.

У психогігієні як науковій дисципліні три проблеми можна виділити в якості основних:

- 1) розробка концепції саногенного потенціалу особистості;
- 2) визначення найважливіших напрямків і правил психогігієнічної практики;

3) профілактика станів ризику, ситуацій ризику та поведінки ризику (залежної поведінки).

Для практичної психогігієни центральним є завдання підвищення психогігієнічної компетентності особистості. Ознаками психогігієнічної компетентності особистості є:

1. саногенні установки, ставлення до здоров'я як до цінності (самоцінності), мотивація до збереження здоров'я.

2. Необхідні психологічні знання, розвинені вміння та навички зміцнення психічного здоров'я та зменшення негативних наслідків психотравм.

3. Саморозвиток, пошук і розкриття потенціалів саморозвитку, освоєння прийомів саморегуляції і володіння собою у важких ситуаціях.

4. Активність (практичні дії) з оздоровлення, зміни способу життя в саногенному напрямку і підтримання такого.

При розподілі психогігієни на розділи використовуються різні критерії. За віковим критерієм її поділяють на: психогігієну дітей та підлітків, психогігієну зрілого віку, психогігієну похилого та старечого віку. За видами активності у психогігієні виділяють психогігієну праці (з підрозділами – розумової, педагогічної, управлінської, військової діяльності), психогігієну виховання і навчання, психогігієну спілкування, психогігієну спорту, психогігієну відпочинку та побуту, психогігієну статевого життя.

Ми будемо дотримуватися найбільш поширеної класифікації, згідно з якою у психогігієні виділяють наступні розділи:

- 1) вікова психогігієна,
- 2) психогігієна побуту,
- 3) психогігієна сімейного життя,
- 4) психогігієна трудової діяльності та навчання.

Розділ вікової психогігієни включає психогігієнічні дослідження та рекомендації, що стосуються насамперед дитячого та літнього віку, тому що розходження у психіці дитини, підлітка, дорослої і літньої людини значні. Психогігієна дитячого віку повинна базуватися на особливостях психіки дитини і забезпечувати гармонію її формування. Необхідно враховувати, що нервова система дитини, яка формується, чуйно реагує на найменші фізичні і психічні впливи, тому велике значення надається правильному і чуйному вихованню дитини.

Психогігієнічні проблеми мають свою специфіку в похилому і старечому віці, коли на тлі падіння інтенсивності обміну речовин знижується загальна працездатність, функції пам'яті та уваги, загострюються характерологічні риси особистості. Психіка літньої людини стає більш вразливою для психічних травм, особливо болісно переноситься ломка різних стереотипів.

Психогігієна побуту. Велику частину часу людина проводить у спілкуванні з іншими людьми. Добре слово, дружня підтримка і участь сприяють бадьорості, гарному настрою. І навпаки, грубість, різкий або зневажливий тон можуть стати психотравмуючими, особливо для недовірливих, чутливих людей.

Дружній і згуртований колектив може створити сприятливий психологічний клімат. Люди, які «все беруть занадто близько до серця», надають незаслужену увагу дрібницям, не вміють гальмувати негативні емоції. Їм слід виховувати в собі правильне ставлення до неминучих у повсякденному житті труднощів. Для цього необхідно вчитися правильно оцінювати те, що відбувається, керувати своїми емоціями, а коли потрібно, і придушувати їх.

Психогігієна сімейного життя. Сім'я являє собою групу, в якій закладаються основи особистості, відбувається її початковий розвиток. Характер взаємин між членами сім'ї істотно впливає на долю людини і тому має величезну життєву значущість для кожної особистості й для суспільства у цілому.

У завдання сімейної психогігієни входить поширення знань про закономірності функціонування сім'ї, характер сімейних відносин, загальні правила і конкретні прийоми гармонізації сімейного життя, можливих превентивних заходах щодо сімейних конфліктів, а також практична допомога сім'ям, члени яких звертаються до фахівців.

Психогігієна трудової діяльності та навчання. Значну частину часу людина присвячує трудовій діяльності, тому важливе значення має емоційне ставлення до праці. Вибір професії це відповідальний крок у житті кожної людини, тому необхідно, щоб обрана професія відповідала інтересам, здібностям і підготовленості особистості. Тільки при цьому праця може приносити позитивні емоції: радість, моральне задоволення, а в кінцевому рахунку, і психічне здоров'я.

У структурі психогігієни Л.В. Куликов виділяє три рівні: національна психогігієна, організаційна психогігієна і психогігієна особистості.

Національна психогігієна – здійснюваний соціальними інститутами комплекс заходів щодо збереження та зміцнення психічного здоров'я нації. Найважливішим напрямком національної психогігієни є державна підтримка санітарної психогігієнічної освіти, підвищення психологічної компетентності громадян, поширення знань про психологічну допомогу і самопомогу. Будь-який громадянин повинен мати уявлення про те, що таке психологічна допомога, володіти інформацією про різні види психологічної та психотерапевтичної допомоги, а також про перелік послуг фахівців, вміти робити вільний від ілюзій і забобонів вибір про необхідну допомогу собі, близькій людині, родині.

Організаційна психогігієна – практична психогігієна на рівні організації. Чимале коло питань психогігієни відноситься до компетенції організацій (дошкільних і шкільних установ, середніх спеціальних і вищих навчальних закладів, виробничих підприємств, адміністративних установ). До числа цих питань відносяться: організація психологічної служби підприємства, планування та розробка заходів щодо підтримання здоров'я і працездатності співробітників, щодо оптимізації режиму праці, навчання, відпочинку, створенню кімнат емоційного розвантаження та інших місць відпочинку на підприємстві або в зонах відпочинку, забезпечення робітників або учнів консультативною допомогою.

Організаційну психогігієну необхідно розглядати як складову частину роботи з кадрами. Зауважимо, що, на жаль, у сучасній Україні цілеспрямована психогігієнічна практика на рівні організації швидше виняток, ніж правило.

Психогігієна особистості – це рівень практичної психогігієни, де центральним об'єктом виступає окрема людина, особистість. Психогігієна особистості у науковому аспекті розробляє принципи і правила психогігієни, реалізованої суб'єктом по відношенню до самого себе або по відношенню до конкретної людини, у безпосередній міжособистісній взаємодії з нею, з урахуванням її індивідуальності й особливостей життєвої ситуації.

Психогігієна особистості як практика – це сукупність дій, які людина здійснює своїми силами (своїми можливостями, особистими стараннями та вміннями). Ніякого зовнішнього впливу, здійснюваного фахівцями або нефхівцями, ніякої турботи з боку представників державних та суспільних інститутів або близьких людей не може бути достатньо для збереження психологічної стійкості, якщо сам індивід не проявить необхідної активності.

Психогігієна особистості – це також одна із сторін відношення людини до власного психічного здоров'я та психічному здоров'ю інших людей, складова частина способу життя особистості, характеристика психологічної компетентності людини.

Таким чином, психогігієнічні дослідження, розробки та впливи можуть мати різний об'єкт: етнос (все населення країни, суспільство), членів організації (велику групу), сім'ю, індивіда (особистість окремої людини). Кожен з перерахованих рівней психогігієни має свій об'єкт. Зауважимо, що цей поділ на рівні відносний. Оскільки носієм психіки є людина, то будь-який психогігієнічний захід у кінцевому підсумку має на меті вплив на людину, її особистість. Невирішені питання національної та організаційної психогігієни підвищують значення сімейної та особистої психогігієни. З іншого боку, укорінена психогігієнічна практика на нижніх рівнях (психогігієна сім'ї та особистості) зменшує обумовленість ресурсів психічного здоров'я, успіх або неуспіх психогігієнічної практики на рівні держави та організацій.

1.2 Предмет і завдання психопрофілактики

Профілактика (грец. Prophylaktikos – запобіжний, попереджувальний) – система державних, соціальних, гігієнічних і медичних заходів, спрямованих на забезпечення високого рівня здоров'я і попередження хвороб.

Психопрофілактика – це розділ загальної профілактики, що включає сукупність заходів, які забезпечують психічне здоров'я, попереджають виникнення і поширення нервово-психічних захворювань.

Користуючись даними психогігієни, психопрофілактика розробляє систему заходів, що ведуть до зниження нервово-психічної захворюваності та сприяють впровадженню їх у життя і практику охорони здоров'я.

Відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я виділяють три етапи психопрофілактичної роботи.

1. Первинна психопрофілактика – це диспансеризація здорового населення і здійснення психогігієнічних заходів. Цей етап включає суму заходів, спрямованих на попередження самого факту виникнення хвороби. Сюди входить широка система законодавчих заходів, що передбачають охорону здоров'я населення. Для первинної психопрофілактики особливо значущі психогігієна і широкі соціальні заходи щодо її забезпечення: боротьба з інфекціями, травмами, патогенними впливами навколишнього середовища, що викликають ті чи інші порушення психіки. До завдань первинної психопрофілактики відносяться також визначення факторів ризику – груп осіб з підвищеною загрозою захворювання або ситуацій, що також несуть у собі загрозу внаслідок підвищеного психічного травматизму, і організація психопрофілактичних заходів по відношенню до цих груп і ситуацій. Тут важливу роль відіграють такі дисципліни, як медична психологія, педагогіка, соціологія, юридична психологія та інш., що дозволяють здійснювати превентивні заходи щодо сімейних конфліктів, правильного виховання дітей і підлітків, організаційні та психотерапевтичні заходи у конфліктних ситуаціях (кризова психотерапія), профілактику професійної шкідливості, правильну професійну орієнтацію і професійний відбір, прогнозування можливих спадкових захворювань (медико-генетичне консультування).

2. Вторинна психопрофілактика – це максимально раннє виявлення початкових фаз нервово-психічних захворювань і їх своєчасне лікування, тобто такий вид профілактики, який допомагає більш сприятливому перебігу хвороби і призводить до швидшого одужання.

3. Третинна психопрофілактика – це попередження рецидивів нервово-психічних захворювань і відновлення працездатності.

Психогігієна тісно пов'язана з психопрофілактикою. Їх розмежування (особливо первинної психопрофілактики та психогігієни) достатньо умовно. Первинна психопрофілактика по суті своїй неспецифічна – ранній психологічний вплив має значення для попередження різних психічних і соматичних захворювань, у виникненні яких грає роль дисгармонія, дезадаптація особистості.

Цілі психогігієни та психопрофілактики у чомусь подібні. У психогігієни головна мета – збереження, зміцнення і поліпшення здоров'я шляхом відповідної організації природного і соціального середовища, способу життя, трудової діяльності. Для психопрофілактики основним є попередження психічних розладів. Ряд завдань у психопрофілактики та психогігієни загальні. Наприклад, завдання нейтралізації або послаблення патогенного впливу навколишнього середовища, що викликає ті чи інші порушення психіки. У коло завдань первинної психопрофілактики входить:

♦ визначення груп осіб з підвищеною загрозою захворювання або ситуацій, що несуть у собі загрозу психічного травматизму;

♦ організація психопрофілактичних заходів по відношенню до цих груп і ситуацій;

♦ швидка допомога особам, які перебувають у стані кризи;

♦ профілактика професійної шкідливості;

♦ прогнозування можливих спадкових захворювань.

Таким чином, на відміну від психопрофілактики, орієнтованої на попередження певних психічних розладів, метою психогігієни є розробка і здійснення заходів, спрямованих на збереження і зміцнення психічного здоров'я у цілому.

Існує точка зору, що у психогігієни і психопрофілактики як областей психології спільні завдання: надання спеціалізованої допомоги практично здоровим людям з метою запобігання нервово-психічних і психосоматичних захворювань, а також полегшення гострих психотравматичних реакцій, психогеній.

Психогігієна та психопрофілактика спираються на теорію і практику попередження розвитку різних захворювань, як нервово-психічних, так і соматичних, однак цим не обмежуються, тому що включають у себе заходи по фасилітації, створенню особистісних умов індивідуального розвитку, компенсації та адаптації (у необхідних випадках) до вимог життєвого середовища; забезпечують психологічну адаптацію особистості у суспільстві, для чого розвивають особистісні якості, які потрібні індивідууму для встановлення гармонійних соціальних зв'язків; сприяють самореалізації людини, підвищенню якості її життя і, в тому числі, надають психологічну допомогу при завершенні життєвого шляху і відходу з життя. Загальним для психогігієни і психопрофілактики є: міждисциплінарний характер, тобто те, що брати участь у подібних заходах покликані як психологи, лікарі, так і педагоги, соціальні працівники, соціологи та інш.; неспецифічність цілей; динамічність методів, їх зв'язок із завданнями сучасності.

Мета психогігієни і психопрофілактики не може бути остаточно визначена, так як процес вдосконалення можна, мабуть, лише спрямовувати, встановлюючи межі самого «русла» течії нескінченного оновлення людини, що пізнає і створює себе. У завдання психогігієни і психопрофілактики входять збереження, зміцнення і цілісний розвиток духовної, психічної, соціальної та соматичної складових людини.

Психогігієна та психопрофілактика у своєму розвитку спираються на холістичний підхід у науці про людину, чим підкреслюється важливість гармонійного розвитку всіх складових людини для досягнення повного благополуччя.

1.3 Методи психогігієни та психопрофілактики

Методів, які можуть бути використані для оздоровлення психіки і зміцнення психологічної стійкості особистості, досить багато. До них відносяться не тільки методи психологічного впливу в безпосередньому або опосередко-

ваному (технічними засобами) контакті фахівця з учнем або клієнтом. Тому при пошуку класифікації методів правильніше буде говорити не про окремі методи, а про групи методів. Основними групами методів психогігієни і психопрофілактики є наступні:

- Санітарна освіта.
- Спільні з психотерапією і психокорекції методи.
- Методи оздоровлення на основі мистецтва та творчості.
- Ментальні вправи.
- Трансові методи.
- Бібліотерапія.
- Ведення щоденника.
- Методи біологічного зворотного зв'язку.

Санітарна освіта – сукупність освітніх, виховних, агітаційних і пропагандистських заходів, спрямованих на збереження, зміцнення і якнайшвидше відновлення здоров'я та працездатності людини, на продовження активного періоду її життя.

Санітарна освіта тісно пов'язане з профілактикою хвороб. Вона виступає як засіб зміни поведінки, яка містить ризик виникнення певного захворювання. По суті своїй – це навчальний захід, що передбачає ту чи іншу форму комунікації, що розширює знання і навички, які забезпечують здоров'я, і основи свідомого ставлення до здоров'я. Різні форми санітарної освіти повинні бути орієнтовані не тільки на індивіда, але й на групи і організації. Такий підхід передбачає підвищення обізнаності про екологічні, економічні і соціальні причини здоров'я і хвороби.

У недавньому минулому санітарна освіта була в основному спрямована на поповнення знань про поведінку ризику. У даний час багато фахівців оцінюють такий підхід як нездатний, незважаючи на різні удосконалення, забезпечити бажані зміни у способі життя і поведінці. Вважається, що однаково важливі знання про соціальні і економічні фактори, поведінку індивіда і спосіб життя. Акцент повинен бути зроблений на поповнення знань про всілякі заходи щодо поліпшення здоров'я та придбання навичок усвідомленого вибору способу життя.

Загальні з психотерапією та психокорекцією методи. Дану групу особливо важко описати. По суті, сюди повинні бути віднесені як класичні методи (раціональна терапія, гіпнотерапія та інші), так і методи, які розвиваються у сучасній психотерапії та психокорекції. Методологія кожного з них ґрунтується на певній теорії особистості, що розкриває закономірності її розвитку та функціонування, взаємовідносини з соціальним середовищем, механізм виникнення розладів. Це методи психодинамічного, поведінкового, когнітивного, тілесно-орієнтованого напрямків, екзистенціальної психології та психотерапії, транзактного аналізу і т.д. У психогігієнічних та психопрофілактичних цілях доцільно застосовувати методи як групової, так і індивідуальної роботи. Зрозуміло, оскільки мова йде не про лікування людини, а про зміцнення психологічної стійкості особистості, то необхідні не всі методи, а лише ті, які ро-

зширюють знання суб'єкта про себе, свої можливості та обмеження. Це також методи, які дозволяють досягати більшого успіху у функціонуванні при вирішенні трудових та інших завдань, удосконалювати саморегуляцію, допомагають динамічному розвитку особистості, більш повної адаптації.

Методи оздоровлення на основі мистецтва та творчості. До даної групи належать методи арт-терапії (самовираження у малюванні, живописі, скульптурі), методи музичної, танцювальної терапії, вокалізації, драматерапії, казкотерапії, виготовлення саморобок тощо. Їх успішно застосовують у психотерапевтичних цілях, але, як показав досвід багатьох фахівців у різних країнах, вони дуже корисні для гармонізації особистісного розвитку, розширення міжособистісних контактів, емоційного відреагування, підвищення настрою, зняття втоми, перемикання і відволікання від травмуючих переживань. Рівень художнього виконання не має значення, важливий лише вплив на особистість, на її стан.

Ментальні вправи. Ментальні вправи також складають досить широкий клас методів. До нього ми відносимо метод аутогенного тренування, метод візуалізації, деякі медитативні техніки.

Метод аутогенного тренування заснований на взаємозв'язку інтенсивності емоцій і м'язової напруги. Перемикаючи увагу на різні групи м'язів і представляючи або вселяючи собі їх релаксований стан, можна опосередковано керувати емоціями.

В основі методу візуалізації лежить самонавіювання в релаксованому стані з акцентом на побудову в уяві яскравих динамічних образів. У більшості випадків зміст образів пов'язаний з поданням того, як активізуються захисні сили організму, як нормалізується протікання фізіологічних процесів. Сеанси візуалізації повинні проводитися регулярно. При регулярних заняттях стає більш сприятливим емоційний фон, підвищується настрій, формується більш оптимістичне і активне ставлення до життєвих труднощів, психічних і соматичних хвороб.

Центральним моментом медитативних технік є усталення навику концентрації уваги, розширення можливостей довільної зміни обсягу і змісту свідомості. Медитативні вправи звичайно (у всякому разі, на початкових етапах тренувань) проводяться у релаксованому стані. Важлива установка на пасивне прийняття всього, що відбувається – як належного, закономірного. Для психопрофілактичних цілей достатньо корисні прості техніки: концентрація уваги на диханні, послідовно на окремих частинах тіла, на якомусь предметі. Як і при інших ментальних вправах, цілющий ефект можливий тільки при регулярних заняттях і після досягнення певного рівня тренуваності.

Трансові методи. Стан трансу розширює доступ до неусвідомлюваної інформації і дає можливість освоїти нові форми її переробки. Такі прийоми можуть бути доповненням до інших методів самопізнання, можуть використовуватися для самонавіювання, гетеронавіювання, активізації саногених ресурсів людини.

Бібліотерапія. При цьому методі оздоровчий вплив досягається читанням підібраних після обговорення з фахівцем літературних творів. Виникаючі при читанні почуття, образи, потяги, думки заповнюють той чи інший недолік почуттів, позитивної спрямованості уяви, заміщають травмуючі думки і переживання, допомагають їх перетворити, «переробити», сформулювати нові цілі. Перевагою даного методу є тривалість впливу, повторюваність, інтимність психогігієнічного процесу, важливого для певної категорії людей.

Ведення щоденника. У важких життєвих ситуаціях і при багатьох негативних станах саногений ефект можуть давати записи у щоденнику. Вони особливо важливі, якщо у суб'єкта немає довірчого спілкування, якщо йому нізвідки отримати допомогу психолога або психотерапевта. Щоденник може бути систематизованим: записи робляться регулярно, з певним набором правил і обов'язкових пунктів. Але записи можуть вестися і в довільній формі. Якщо форма щоденникових записів чому-небудь суб'єкта не влаштовує, то не меншу користь може принести будь-яка форма письмової фіксації переживань і роздумів: листи (не важливо кому, можливо, взагалі без адресата), розповіді, повісті, вірші ... Будь-яка форма щоденника допомагає впорядкувати життєвий досвід, усвідомити цінність пережити і самоцінність людського життя, глибше зрозуміти себе та інших, знизити інтенсивність переживань (звільнитися від деякої міри напруження, перемикаючись на рефлексію). Велике значення має щоденник для саморозвитку.

Біологічний зворотний зв'язок. В основі метода лежить зростаюче в ході тренувань вміння довільного регулювання деяких організмичних функцій або фізіологічних процесів, які за своєю природою регулюються мимовільно (відповідними нервовими центрами). Метод реалізується з використанням технічних систем зовнішнього зворотного зв'язку – подачі інформації про параметри організмичних функцій. Наприклад, подаючи в головні телефони звук, висота якого кодує амплітуду альфа-ритму мозку. Тренування дозволяють учням або клієнтам повірити в більш широкі власні можливості самоконтролю.

Перераховані методи не є універсальними. Те, що застосовано до одних об'єктів психогігієнічної та психопрофілактичної допомоги, непридатне до інших. Вибір методів повинен бути обумовлений специфікою поставлених завдань, домінуючими характеристиками тієї чи іншої групи населення, особливостями стану індивіда, якщо йдеться про допомогу конкретній людині. Психогігієнічна компетентність не може бути достатньою без власних зусиль людини, без самонавчання, без знань і умінь надавати психологічну самодопомогу.

1.4 Історія розвитку психогігієни та психопрофілактики

Історія розвитку психогігієни та психопрофілактики починається з античної медицини, коли Гіппократ і Гален у ряді своїх творів висували важливі психогігієнічні питання. Гіппократ розглядав життя як процес, що змінюється. Єдине матеріальне начало в якості основи органічного життя їм відкида-

лося, оскільки якби людина була єдиною, вона би ніколи не хворіла, а якби хворіла, то зцілювальний засіб мав б бути єдиним, але такого не існує. Гален займався вивченням психофізіологічних функцій організму людини. У його фізіологічних схемах відбивалися запити психологічної думки, що виходили із загального принципу залежності душі від організму.

Однак наукова психогігієна та психопрофілактика сформувалися в кінці XVIII століття, коли склалася психіатрія як сучасна та самостійна галузь наукових знань. Розвиток даних наук пов'язується з формуванням нових поглядів на психічні захворювання. Їх стали розглядати так само, як будь-яке соматичне захворювання, яке потребує вивчення, лікування та яке можна і потрібно попереджати.

Великий внесок у створення наукової психогігієни внесли С.С. Корсаков, І.П. Мержеєвський, В.М. Бехтерев та ін., для яких наукове розуміння психіки пов'язане з вченням І.М. Сеченова про рефлекторну природу психіки.

У XX столітті до імперіалістичної війни, але особливо після її закінчення, сформувався новий елемент суспільної психіатрії: державна профілактика душевних хвороб. Вимоги життя поставили медицину обличчям до обличчя з новими завданнями: безперервно ускладнювальне міське життя, важкі умови праці при капіталістичному ладі, вивчення інфекцій та інтоксикацій, – все це призвело до створення поняття про соціальні хвороби, до яких, на ряду з туберкульозом, сифілісом, алкоголізмом, зараховані були також і багато видів психозів. Статистика вказувала на триваюче збільшення числа душевних хвороб. Психіатрична допомога не встигала за вимогами життя. Навіть Англія була в змозі обслужити лише 90% своїх душевнохворих, Німеччина – 60%, Росія – всього лише 10%. Все говорило про нагальну необхідність невідкладно приступити до планомірної боротьби за психічне здоров'я населення. О. Морель – геніальний французький психіатр докладно описав ті два напрями, за якими має вестися організована боротьба: спадковість і виродження, з одного боку, екзогенні фактори (ненормальні умови праці, пауперизм, інтоксикації) – з іншого.

Питання, пов'язані з поліпшенням спадкової структури особистості, склали предмет особливої науки – євгеніки. Одним з її засновників був Е. Рюдін. Йому належить думка про згубний вплив цивілізації на душевне здоров'я населення, так як сучасне гуманне ставлення до психопатів і злочинців дає цим антисоціальним елементам можливість мати потомство і таким способом збільшувати число тих, хто вироджується.

Думки Е. Рюдін знайшли застосування в Америці. Сполучені Штати вже дуже давно цікавилися питанням про кастрацію злочинців. З ініціативи У. Шарпа, в штаті Індіана, у виправній в'язниці була зроблена не одна сотня операцій, які гарантують повну стерильність оперованих. У 1907 р. в деяких штатах пройшли закони про обов'язкову стерилізації злочинців, ідіотів, недомкуватих і насильників. Серед європейських психіатрів також знайшлися прихильники цієї міри (О. Юліусбургер, П. Некк, С. Туліє та інші).

У Росії «негативна євгеніка» зустріла різку протидію. У самій Америці Закон пройшов тільки в трьох штатах, а в інших був відкинутий, тому що су-перечив основним пунктам конституції. Очевидно, що складний факт виро-дження, що має свої корені в особливостях сучасної культури та її економіч-них формах, може бути усунений тільки зі зміною структури суспільства. По-вна недостатність тієї профілактики, яка вбачає причину в окремому вироб-нику, ігноруючи всю соціальну обстановку, була свого часу підкреслена В.П. Осиповим і переконливо доведена дослідженнями англійських психіатрів М. Данієля і К. Кларка.

Євгеніка «позитивна», тобто практичне здійснення низки заходів, що мають на меті укладення шлюбів, розрахованих на здорове і суспільно корис-не потомство, представляє, на думку більшості дослідників, надзвичайно ва-жке завдання. Обов'язковість попереднього медичного обстеження, очевидно, не може служити гарантією; поширення медичних і соціологічних знань та-кож не грає великої ролі.

Систематично обдуманий план психопрофілактичних заходів був роз-роблений в Америці. Зразком послужили французькі досягнення протитубер-кульозного характеру. У боротьбі з цією соціальною хворобою, Франція за-пропонувала свою систему диспансеризації. А. Кальметт один з перших ви-словив думку, що хворого на туберкульоз лікувати необхідно не тільки в лі-карні, в амбулаторії, але і в кімнаті, де він живе. Співробітниця диспансеру повинна прийти туди і ознайомитися з умовами життя хворого, щоб сприяти, якщо це необхідно, такій зміні обстановки, яка зупинила б подальше поши-рення хвороби. Одночасно з цим державний апарат і відповідні громадські організації повинні забезпечити матеріальну можливість проведення в життя всіх вказівок диспансеру. В. Транш вніс пропозицію, щоб дослідники зверта-ли увагу на осіб, що оточують хворого і ще не перебувають на обліку в дис-пансері, але може бути вже фактично вступили в перші фази хвороби. Цю ідею поклали в основу не тільки боротьби з туберкульозом, а й з багатьма ін-шими хворобами. Ретельно розроблені економічні міркування і точні фінан-сові підрахунки привели американців до висновку, що виробничі втрати від психічних розладів, включаючи сюди також неврози і прикордонні стани, вої-стину колосальні. Крім того, цифри показали, що розміри витрат, необхідних для мережі профілактичних і всіх інших психогігієнічних заходів значно ме-нше тих збитків, які пов'язані з поширенням душевних хвороб і зі змістом до-рогих ліжок у лікарнях для душевнохворих. Виходячи з цього та керуючись французькими принципами, Америка створила грандіозну Психогігієнічну організацію.

Американський рух тісно пов'язаний з ім'ям людини, яка сама випробу-вала, що означає швидкими кроками наближатися до психозу і не отримати допомоги вчасно. Кліффорд Бірс містився в психіатричній лікарні з 1900 по 1903, – термін, мабуть, достатній, щоб вивчити, особливо на собі самому, по-становку психіатричної справи в Америці. Одужавши, він пише книгу, де ро-зповідає всі свої переживання під час хвороби. Поява цієї книги була подією,

на яку відгукнулися і психіатри і широка публіка. Вирішено було звернути увагу на положення душевнохворих і, тим більше, на душевно-здорових, що знаходяться чомусь у нестійкій рівновазі. У 1908 р. утворюється Національний комітет психічної гігієни. У 1916 р. комітет став державною установою, що взяв в свої руки профілактичний рух в Північній Америці і поставив своїм завданням пропаганду психогігієнічних ідей у всьому світі. Його загальна програма зводилася до трьох пунктів:

- 1) попередження нервово психічних захворювань у нормальних індивідумів;
- 2) створення найбільш сприятливих умов життя і діяльності для схильних;
- 3) організація лікування вже захворілих.

У часткові заходи для здійснення цього завдання входили: видання щорічників всіх установ для душевнохворих, дефективних, епілептиків і алкоголіків; популяризація викладання психіатрії; обстеження по окремих штатах умов утримання та лікування психічнохворих; видання монографій про медико-психологічні особливості різних областей Америки; вивчення психопатології злочинності; організація та утримання центрального статистичного бюро для обліку душевних захворювань; відділення психіатричної допомоги в армії; організація з'їздів товариств психічної гігієни; організація міжнародного зв'язку в цілях боротьби з душевними хворобами; пристрій центральної психіатричної бібліотеки; видання книг, брошур, друкування статей у повсякденній пресі з питань психіатрії та психічної гігієни; читання лекцій, доповідей; видання журналу «Психічна гігієна» (Mental Hygiene).

На службі Комітету знаходився численний штат співробітників (кілька десятків тисяч осіб), що проникають на заводи і фабрики, в лікарні і школи, в тюрми і в приватні оселі, на біржі праці і буквально всюди, де тільки є люди. Свою Психогігієнічну організацію Новий світ посилено рекомендував Старому.

До 1918 р. такі ж комітети виникли в Канаді, в Австралії, у Франції, в Англії, а в наступні роки до цього руху приєдналися: Німеччина, Бельгія, Нідерланди, Італія, Швеція, Іспанія, Польща та інші країни.

У Франції аналогічні ідеї давно вже мали енергійних діячів в особі А. Тулуза і В. Женіль-Перрена. Довго, проте, їхні думки не отримували практичного здійснення. У 1912 р. М. Ферсон вказував на нагальну необхідність удосконалення застарілого психіатричного апарату у Франції. Він пропонував наступну реформу:

- 1) відкриття психіатричних клінік при кожному університеті;
- 2) установу приймальних покоїв у всіх великих містах;
- 3) підставу колоній не тільки для хворих, які потребують лікарського нагляду, а й для невротиків, які майже не потребують такого;
- 4) пристрій біля воріт лікарень колоній для видужуючих, періодиків та інших хворих, що можуть бути переведеними на більш вільний режим;
- 5) організацію патронажу, незалежного від лікарні.

Одночасно з цим проектувалося відкриття цілого ряду спеціальних пунктів та консультацій для нервових людей. У 1918 р. французький психогігієнічний рух швидко рушив вперед, частково під впливом Америки, частково завдяки енергії А. Тулуза і В. Женіль-Перрена та створеної ними профілактичної ліги, яка через два роки перетворилася на Психогігієнічний комітет. Велику увагу звернули на себе роботи Н. Легра і О. Реньє, присвячені спеціально «малим» психотикам і організації пунктів відкритої допомоги для цих хворих. У 1922 р. в Парижі відбувся конгрес з психогігієни, в якому брали участь представники 22 національностей. Членам з'їзду була продемонстрована лікарня Анрі Руссель, з її психогігієнічною амбулаторією. Через цей пункт за останні 4 роки пройшло більше сорока тисяч осіб. Установа має сестер-дослідників, які відвідують хворих вдома, дають вказівки по медичних, сімейних і побутових питаннях.

У Німеччині було покладено початок руху, який отримав в цій країні назву «відкритої допомоги» – *offene Fürsorge*. Спершу це були приватні комітети і філантропічні організації, що присвятили себе позалікарняній допомоги душевнохворим, виписаним з установ. Потім утворилася густа мережа таких пунктів, вони поступово розширюють свої завдання; їхні інтереси простягаються вже не тільки на душевнохворих і одужуючих, але також і на тих, хто страждає прикордонними станами, і на всіх взагалі людей, яким важко вирішувати чи інші морально-психологічні і соціальні питання в їх особистому житті. Були організовані амбулаторії спеціального типу. У їх завдання входила також боротьба з алкоголізмом. Але справжньої диспансеризації Німеччина ще не знала. Там не було систематичного обстеження цілих груп населення, зв'язку з масами і організованих підходів до вивчення побутової обстановки.

Абсолютно нові принципи після Жовтневої революції покладені були революційної громадськістю в основу радянської медицини. Більш активне виявлення хворих серед населення, їх точний облік, можливо повна реєстрація прикордонних випадків, а також всебічне вивчення етіологічних факторів, у вигляді побутових і професійних умов, становила задачу тієї систематичної профілактики, яка була головним гаслом радянської медицини. Вже перша всеросійська нарада з психіатрії та неврології намітила детальний план нервово психіатричної допомоги населенню та боротьби за здорові нерви. Одна з резолюцій II всеросійської наради, скликаної Народним комісаріатом охорони здоров'я в 1923 р. говорить наступне: «нервово психіатричне оздоровлення населення і робота з профілактики нервовості, психопатій, наркотизма, нервових і душевних захворювань вимагають наближення лікаря-психіатра і невропатолога до життя, до участі в організації праці та побуту, із залученням до цієї справи широких верств трудящих в особі їх організованих груп». Слід зазначити, що в такому широкому масштабі ця задача ще не була поставлена ніколи. Третя нарада, в листопаді 1925 р. значно поглибила теоретичні та практичні проблеми диспансеризації, що отримали свою конкретну форму насамперед у загальних методах роботи Московського відділу охорони здоров'я та спеціальних завданнях Державного нервово психіатричного диспансеру.

Диспансер здійснив величезну масу обстежень однорідних в професійному відношенні груп населення і зібрав матеріал, який почав розроблятися за допомогою новітніх способів сучасної статистики. Складено санітарні характеристики цілих підприємств, заводів, фабрик, майстерень, гуртожитків та окремих осель – всіх умов роботи і побуту, з точки зору їх нервовопсихічних шкідливостей. Таке санітарно-психопатологічне обстеження всієї трудової обстановки величезної маси людей здійснювалося лікарями та сестрами соціальної допомоги, число яких безперервно збільшувалося шляхом організації спеціальних підготовчих курсів.

Психопрофілактична і психогігієнічна робота полягала в тому, щоб усіма заходами сприяти своєчасному видаленню з тих чи інших побутових і професійних умов, по-перше, людей, вже хворих, по-друге, людей, що знаходяться в стані трудової субкомпенсації. Лікарі-дослідники, згідно з проектом Наркомздрава, давали в кожному окремому випадку «соціально-профілактичний висновок», на підставі якого намічався той чи інший вид конкретної соціальної допомоги. Цікаво відзначити, що в результаті таких диспансерних обстежень одна за одною починають вимальовуватися трудові групи, кожна з яких має свого роду коефіцієнт нервово-психопатологічного стану. Подібно до того, наприклад, як при обстеженні злочинців можна отримати 40-50% психопатів, або серед педагогів – 24-25% неврастеніків, точно так само в одних професійних групах виступає на перший план більш-менш різко виражений алкоголізм, в інших – наркотизм, в третіх – сексуальна розбещеність, потяг до самогубства і т.д. Встановлюючи таким чином якісний і кількісний склад цілого ряду професійних шкідливостей, диспансерна система цим самим намічала ряд необхідних заходів для їх усунення.

У московському нервово психіатричному диспансері була заснована спеціальна посада лікаря-асистента з питань законодавства та побуту. Що стосується можливості зміни багатьох шкідливих побутових умов, то в цьому напрямку, по-перше, широко організовувалася психогігієнічна просвіта в школах і на підприємствах. Тут розвивали велику діяльність наркологічні та венерологічні диспансери, співробітники яких регулярно виїжджали на місця, де і вели систематичну пропаганду.

Серед установ, які брали участь у радянській громадській психіатрії, одне з чільних місць займав Інститут вивчення професійних шкідливих імені Обуха.

В нервово-психіатричному відділенні Інституту велася інтенсивна робота з вивчення психотравматизму, в широкому сенсі цього слова.

Становлення психогігієни та психопрофілактики в Україні.

В середині і особливо протягом другої половини XIX століття стрімко зростає інтерес до пізнання людьми самих себе і власних суспільств, наслідком чого стало оптимістичне світосприймання того часу і бурхливе піднесення людської активності і творчості в усіх галузях суспільного життя. Характеризуючи цей період розвитку цивілізації, професор гігієни Харківського університету І.П. Скворцов відзначав: «Сучасне життя нам підказує, що добробут і благоденство

різних держав перебувають на тій висоті, яка прямо відповідає висоті рівня народної просвіти. Країни, що очолюють тепер культурний світ, Англія, Німеччина, Франція і Північно-Американські Сполучені Штати, очолюють його також і в справі власної просвіти, як і наближені до них історично дрібні держави – Швеція, Норвегія, Данія, Голландія, Бельгія. І що далі, то ясніше й ясніше виявляється, що сила та стійкість певної держави залежать тепер не так від числа багнетів, як від ступеня поширеності в масі його населення виробленої тверезою думкою і тривалим досвідом просвіти, котра найповніше задовольняє дійсні потреби життя».

Як видно з наведеного узагальнення, проблеми гуманітарного самозбереження ставились і розв'язувались у минулому столітті не тільки окремими вченими, а й націями, які мали власні держави, і забезпечувались відповідними державними зусиллями.

На Україні в цей період з'являються педагогічні і психологічні дослідження самоохоронних механізмів людської психіки, які своїм змістом і використанням дослідницьким матеріалом розкривали способи суспільного буття природного ества української нації та людини в ній.

Перші фундаментальні і прикладні психогігієнічні дослідження провів психолог, педагог і лікар І.О. Сікорський. У доповіді на З'їзді Вітчизняних Психіатрів 11 січня 1887 р. «Задачі нервово-психічної гігієни і профілактики» І.О. Сікорський сформулював положення про основні показники психічного здоров'я, розкрив напрямки психогігієнічних досліджень, їх значення для здоров'я нації в цілому. Зміщення уваги з гігієнічних питань фізіологічного життя людини на питання її нервово-психічного життя вчений обґрунтував характеристиками сучасної йому епохи.

Важливе місце у збереженні психічного здоров'я І.О. Сікорський відводить чинникам моралі. Це пов'язано з тим, що міра розумової праці, психічного напруження людини зростає пропорційно із винаходженням і застосуванням нових технічних удосконалень, що вивільняють працюючих від власне фізичних зусиль. Якщо раніше фізична стомлюваність служила запобіжником психічної перенапруги, то тепер людина безповоротно втрачає свого колишнього охоронця.

«Самогубство, божевілля і нервові хвороби, служать показниками нервово-психічного здоров'я населення і вирізняють ті місцевості і ті епохи, де в населенні починає виявлятися схильність до фізичного, розумового і морального занепаду і виродження».

Як видно з наведеного узагальнення показників психічного здоров'я, моральне, розумове та фізичне здоров'я народу вчений розглядає цілісно, не розмежовуючи, чим підкреслює їх взаємопов'язаність і взаємозумовлюваність.

У даному напрямку однією з найбільш багатогранних була діяльність І.О. Сікорського. Усвідомлюючи необхідність як теоретичного обґрунтування, так і практичного втілення психогігієнічних ідей, їх експериментальної перевірки в умовах відповідно організованих лікувальних та педагогічних закладів, він спрямовує свою роботу на створення у Києві нової клініки для

душевних хворих, Лікарняно-Педагогічного Інституту для аномальних дітей, пізніше – Київського Педагогічного Фребелівського Інституту. Навчальний план цього закладу передбачав освоєння вчення про християнську моральність, психології з викладом вчення про душу дитини, педагогіки, всезагальної історії, історії літератури, анатомії і фізіології людини з більш докладним викладом вчення про нервову систему і з включенням елементарних даних про її патологію, гігієни – основних відомостей із зверненням особливої уваги на гігієну дитячого віку, надання первинної допомоги, коротких відомостей про найголовніші дитячі захворювання, особливо інфекційні, відомостей щодо догляду за хворими дітьми, природознавства, теорії Фребелівської системи і методик – лічби, співів, малювання, ліплення, крою і пошиття одягу.

Погляди І.О. Сікорського на предметну опосередкованість психічного життя людини виявились у тому, що вчений надавав великого значення цілющим властивостям художнього слова. Піклуючись про хворих клініки нервових хвороб Університету св. Володимира при лікарні Цесаревича Олександра, він 24 січня 1890 року звертається з листом для видавця «Київської старовини» Ксенофонта Михайловича Гамалії: «В ряду умов успішного лікування хворих дуже важливе місце посідає можливість надати їм відомі розваги. Правило це, засноване на спостереженні і підтверджене досвідом всіх належно облаштованих лікарень, має особливу силу стосовно хворих нервово, відносно яких нерідко майже все завдання лікування зводиться до того, щоб відвернути увагу хворого від його недуги і симптомів останньої. Найбільш доступним засобом розважити його є читання, особливо зважаючи на те, що воно може застосовуватись і до хворих, відчужених за характером, або таких, що потребують ізоляції.

Піклуючись про влаштування при клініці нервових хвороб хоча б невеликої бібліотеки для користування хворих, дозволяю собі звернутися до Вас як до Лікаря і Видавця місцевого журналу з уклінним проханням надати у цій справі сприяння пожертвою зайвих для Вас особисто і для Редакції «Київської старовини» книжок і періодичних видань попередніх років, а особливо пересилання на майбутній час у Клініку журналу, який Ви видаєте.

З повною впевненістю у Вашому просвітньому співчутті благій справі лікування вважаю незайвим згадати, що до вільного обігу між хворими передбачається допустити книги, журнали і газети не інакше, як за підсумком попереднього перегляду і вилучення з їх числа всього, що могло б стати шкідливим з лікарської точки зору...».

Як видно з віднайденого нами рукописного джерела, культуру, що утворює силу духовного життя людини, вчений розглядав як важливий лікувальний і відновлювальний засіб. На думку І.О. Сікорського, цей засіб збільшує енергетичний потенціал хворої людини, необхідний для її одужання.

У праці «Даровитість і талановитість у світлі об'єктивного дослідження за даними психофізіологічних корелятивів» вчений показав виявлену ним неповторність індивідуального пульсу і дихання інтелектуально обдарованих людей: їхні пульс і дихання відрізнялись більшою чіткістю вираженості тіль-

ки їм притаманних ознак. І навпаки – людям посереднім, малообдарованим властивий невиразний, малоозначений ритм пульсу та дихання. Отже, обдарованість і талановитість, за висновком дослідника, становить собою насамперед унікальну психофізіологічну організацію людини.

Як видно з висловлених І.О. Сікорським оцінок, продукти культури в галузі нервово-психічної гігієни служать «джерелом розумового розвитку і розумового самозбереження» людини, а також здатні «оживляти людські душі». Цим самим в суспільстві здійснюється зрівноважування духовно-інтелектуальних набутоків: більш обдаровані й талановиті особистості діляться виробленим продуктом з менш обдарованими, обслуговують потреби їх душевного життя і цим забезпечують його збереження й оживлення.

Прикладом проведення цілісного соціально-психогігієнічного дослідження є робота І.О. Сікорського «Психопатична епідемія 1892 року в Київській губернії», що розкриває предмет, генезу, перебіг, поширення психопатичного інфікування фізично, морально та нервово-психічно ослабленого населення Київщини.

Дослідник називає три моральні причини виникнення психопатичної епідемії. Першою, найбільш зовнішньо вираженою причиною, є поширення штундизму на Україні, особливо на її півдні, зіткнення з яким зумовлювало появу у населення тяжких внутрішніх протиріч, релігійних сумнівів, моральної боротьби, що нею охоплювалась найчутливіша і найніжніша в психічному відношенні частина народу. Другою моральною причиною, що становила собою підґрунтя поширення епідемії, за висновком вченого, була однобічна і цим самим небезпечна для людини спрямованість освіти населення.

Третя моральна причина, за висновком І.О. Сікорського, полягала у відсутності «керівництва народним життям з боку культурних класів суспільства, що виявилось у відсутності народної літератури, в слабкому розвитку таких установ, якими об'єднується народне життя, й підтримуються його найкращі сторони...».

Вино і релігія, освіта і здоров'я – ці фактори виділені І.О. Сікорським як визначальні у їхньому впливі на стан нервово-психічної гігієни суспільства кінця XIX – початку XX століття. Масова психопатична реакція українського населення на відповідні умови духовного та фізичного життя, за І.О. Сікорським, – «це зойк населення, яке захворіло, і його благаання про звільнення від вина, про покращення освіти і санітарних умов!».

І.О. Сікорський одним із перших у світовій науці визначив нервово-психічну гігієну як галузь пізнання і практичної діяльності суспільства щодо забезпечення морального, розумового і фізичного здоров'я населення, попередження його психофізичного занепаду і виродження, обґрунтував основні завдання, які мають здійснюватись у цьому напрямку.

На межі XIX і XX століть професор Харківського університету І.П. Скворцов зробив спробу уточнити і науково обґрунтувати галузі гігієнічного знання. Відповідно до визначених ним двох цілей, з'ясування природних умов здорового існування становить собою предмет гігієнології як

загальної науки про здоров'я, а з'ясування значення для життя і здоров'я зовнішнього побуту і штучного клімату становить предмет загальної гігієни. «Але, крім цього, – відзначав І.П.Скворцов, – в тій же загальній гігієні оцінюється з точки зору гігієнології і внутрішній побут істот, у нашому випадку людей, той побут, який виражається у відповідній, діяльній стороні життя в зв'язку з тим або іншим розпорядком останньої, тобто з чергуванням роботи і відпочинку.

Часткова гігієна з тих же сторін, як і загальна, досліджує і оцінює, з точки зору здоров'я, побут окремих, часткових груп осіб того чи іншого виду або роду, залежно саме від віку, статі, занять і т.д.».

І.П. Скворцов заперечив усталений в більшості країн, зокрема Англії і Німеччині, поділ гігієни на суспільну і особисту, оскільки це, за його висновком, призвело до намагання задовольняти занадто вузькі практичні цілі без всебічного виявлення основ здорового існування. Сама людина в галузі гігієнології має досліджуватись у своїх різноманітних різновидах – за племенами, народностями і расами, тобто враховуючи природу власного походження.

Центром розвитку психоневрологічної науки і практики у Харкові стала відкрита у 1796 р. найстаріша у країні губернська земська психіатрична лікарня (Сабурова дача). У 1832 р. у складі лікарні відкрилася фельдшерська школа – друга на території колишнього Радянського Союзу (перша була організована в Петербурзі).

На базі Сабурової дачі працювали багато основоположників психіатрії та неврології. Курс психіатрії в Харківському університеті з 1834 р. по 1844 р. читав професор П.А. Батьківський. У 1834 р. він видав книгу «Душевні хвороби, викладені згідно засадам нинішнього вчення психіатрії». Ця книга стала першим самостійним керівництвом з психіатрії в Росії. У другій половині ХІХ ст. створюються університетські кафедри психіатрії, які стають центрами наукової роботи у цій галузі знань.

З початком так званого земського періоду у вітчизняній психіатрії земство більше уваги приділяє розвитку психіатричної допомоги. Так, на Сабуровій дачі починається перший капітальний ремонт будинку божевільних, відкривається лікарняна бібліотека, скасовується практика приковування душевнохворих до підлоги, створюється патологоанатомічний кабінет. Сабурова дача приймає для лікування 250 поранених у війні з Туреччиною.

У 1877 р. психіатрія була визнана обов'язковим предметом медичного факультету. Перша самостійна кафедра психіатрії та неврології на Україні організовується в цьому ж році на базі самостійного курсу психіатрії в Харківському університеті. Очолив її П.І. Ковалевський. У 1880 р. він випустив перший російський підручник з психіатрії, а в 1883 р. почав видавати перший вітчизняний журнал «Архів психіатрії, неврології та судової психопатології». Крім того, заслугою П.І. Ковалевського є те, що він один з перших у Росії дав судово-психіатричні оцінки таких захворювань, як епілепсія, алкогольні психози, вроджене слабоумство, ввів трудотерапію на Сабуровій дачі як метод лікування психічно хворих, а також підготував велику кількість талановитих

психіатрів, серед яких Н.В. Країнський, Е.А. Попов, К.І. Платонов, А.І. Ющенко, Н.І. Мухін та ін. Отримавши всесвітнє визнання праці Н.В. Країнської по епілепсії були удостоєні премії Бельгійської і Нью-Йоркської академії наук.

С.Н. Давиденков – засновник нейрогенетики, в 1911 р. організував у Харківському жіночому медичному інституті кафедру нервових і душевних хвороб на базі Сабурової дачі. Довгий час тут працював відомий патологоанатом академік Н.Ф. Мельников-Разведенков, який у 1906 р. організував «Харківський медичний журнал», а пізніше – журнал «Лікарська справа».

Незважаючи на розруху після громадянської війни, у 1920 р. відбувся з'їзд з питань медичної освіти в Україні, на якому було рекомендовано посилити науково-дослідну та лікувально-профілактичну роботу в галузі неврології та психіатрії. У зв'язку з цим створюються перші диспансери, а також у Харкові ґрунтується Наркомату охорони здоров'я України в 1922 –1923 рр. Центральний український науково-дослідний інститут. Його першим директором став професор А.І. Гейманович.

У 1926 р. було прийнято рішення про повну реорганізацію Харківської психіатричної лікарні в Український інститут клінічної психіатрії і соціальної психогієни. Організатором і керівником інституту психіатрії та психогієни був учень В.М. Бехтерева і І.П. Павлова академік В.П. Протопопов, видатний вчений у галузі патофізіології вищої нервової діяльності.

Для задоволення зростаючих потреб практичної охорони здоров'я та медичної науки, а також з метою ліквідації існуючого розриву між наукою і практикою була потрібна подальша перебудова методів наукової роботи і створення великих комплексних наукових установ нового типу. У зв'язку з цим було прийнято постанову про організацію в 1932 р. Всеукраїнської психоневрологічної академії на базі Українського науково-дослідного психоневрологічного інституту, Українського інституту клінічної психіатрії та соціальної психогієни, а також психоневрологічного факультету медичного інституту. Першим президентом академії стала Е.С. Затонська.

В основу освіти академії була покладена ідея об'єднання науки з навчальною та практичною діяльністю. Перед академією були поставлені такі найважливіші завдання, як вирішення основних проблем психоневрологічної науки, розробка та зразкова постановка лікувальних і оздоровчо-профілактичних заходів, керівництво і надання допомоги психоневрологічним установам в Україні в їх науковій та організаційно-практичній діяльності, а також у підготовці кадрів психоневрологів: науковців, лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу.

У довоєнний період в області соціальної психоневрології і психогієни розроблялися принципи і методи організації і планування всіх видів психоневрологічної допомоги в місті та селі. Були створені перші кабінети промислової психогієни на заводі ХЕМЗ і кабінет психогієни розумової праці в Інституті червоної професури ВУЦВК.

У галузі охорони здоров'я дитинства в інституті розроблялися клінічні проблеми вікової неврології та психіатрії, психогієнічні основи організації

навчально-виробничої роботи та побуту школярів, а також питання організації психогігієнічної і психопрофілактичної роботи з важкими дітьми.

У роки Великої Вітчизняної війни наукові напрямки інституту були змінені: тимчасово припинилася розробка проблем, які не мали безпосереднього відношення до військової тематики, і почалося інтенсивне вивчення травм центральної та периферичної нервової системи, психічних розладів воєнного часу.

У післявоєнний період в інституті розроблялися проблеми психоневрологічної реабілітації інвалідів Великої Вітчизняної війни.

Отримала подальший розвиток національна психіатрична школа, що сформувалася в інституті. У відділенні неврозів і пограничних станів вивчаються сучасні форми неврозів і пограничної патології, якість життя цієї категорії хворих і розробляються нові форми і методи медикаментозних та психотерапевтичних впливів.

У відділенні клінічної, соціальної та дитячої психіатрії досліджуються взаємини: суспільство – психічні хворі – лікарі; патогенетичні механізми виникнення, затяжного перебігу і терапевтичної резистентності психічних розладів.

У відділенні невідкладної психіатрії та наркології наукова та лікувальна робота присвячена проблемі надання своєчасної допомоги постраждалим внаслідок техногенних катастроф, насильства та інших екстремальних впливів.

У відділенні медичної психології розробляються особливо актуальні в сучасних умовах медико-психологічні проблеми впливу на психіку людини різних екстремальних подій, а також соціально-психологічного та медико-психологічного забезпечення реформування медичної та особливо психіатричної допомоги в Україні.

В Українському психоневрологічному інституті був створений перший в СРСР відділ наркології. Засновником відділу і багаторічним позаштатним головним наркологом МОЗ УРСР була доцент З.М. Болотова. У даний час відділ складається з двох відділень: відділення профілактики та лікування алкоголізму та відділення профілактики лікування наркоманії. Протягом багатьох років відділ проводить епідеміологічні та медико-соціальні дослідження в Україні. Його співробітниками розроблена система моніторингу залежності від психоактивних речовин. На основі вивчення патогенезу створюються профілактичні програми, а також нові медикаментозні і немедикаментозні методи лікування залежності.

У 1988 р. розроблена і впроваджена в практику нова ефективна методика стресопсихотерапії алкоголізму А.Р. Довженка. Сьогодні в Харкові, крім Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України, функціонують 10 кафедр психоневрологічного профілю.

Особливо слід зупинитися на харківській психотерапевтичній школі. Ще в 1815 р. лікар П. Любовський в Харкові випустив перший посібник з психотерапії під назвою «Коротке керівництво до досвідченого душесловія». Однак найбільш яскраві сторінки у розвитку вітчизняної і світової психіатрії

пов'язані з ім'ям професор К.І. Платонова і його учнів – професорів І.З. Вельвовського, А.Т. Філатова та ін. У 1930 р. виходить класична робота К.І. Платонова «Слово як фізіологічний і лікувальний фактор». У 1947 р. була розроблена психотерапевтична система знеболювання пологів і вийшла монографія І.З. Вельвовського, К.І. Платонова, В.А. Плотічера і Е.А. Шугома «Психопрофілактика болі у пологах». Обидві ці праці скоро були перекладені на англійську, іспанську та інші мови і стали надбанням усього світу.

У 1961 р. в Харківській медичній академії післядипломної освіти була відкрита перша в СРСР кафедра психотерапії, психопрофілактики та психогігієни. У Харкові представлені всі аспекти теоретичної та практичної психоневрології. У 1987 р. з ініціативи відомого сексолога професора В.В. Кришталя була відкрита перша в СРСР і поки єдина в Україні кафедра сексології, на якій ведеться активна наукова робота з підготовки наукових і практичних кадрів, відкрито єдиний в Україні науково-дослідний інститут сексології, а також єдиний в Україні і один з небагатьох в світі музей сексуальних культур світу.

Вперше в Радянському Союзі була відкрита і кафедра наркології. Її співробітники вносять великий внесок в розвиток нових, особливо немедикаментозних, методів лікування алкоголізму та наркоманії. Про визнання великої ролі харківських психоневрологічних шкіл свідчить і те, що з восьми з'їздів невропатологів, психіатрів та наркологів України шість були проведені в Харкові. Тут проходив також I (1997) і II (2002) національні конгреси неврологів, психіатрів та наркологів України.

У Харкові працюють проблемні комісії МОЗ та АМН України з неврології, психіатрії та наркології, а також президія правління Науково-практичного товариства неврологів, психіатрів та наркологів України, головою якої є професор П.В. Волошин – директор Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України. Тут видається журнал «Український вісник психоневрології».

Таким чином, Харків є колыскою української наукової школи психоневрології, тут її глибокі і міцні корені, і сьогодні наше місто володіє найвищим науковим і кадровим потенціалом у галузі психоневрології, психогігієни і психопрофілактики.

Відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я виділяють три етапи психопрофілактичної роботи.

1. Первинна психопрофілактика – це диспансеризація здорового населення і здійснення психогігієнічних заходів. Цей етап включає суму заходів, спрямованих на попередження самого факту виникнення хвороби. Сюди входить широка система законодавчих заходів, що передбачають охорону здоров'я населення. Для первинної психопрофілактики особливо значущі психогігієна і широкі соціальні заходи щодо її забезпечення: боротьба з інфекціями, травмами, патогенними впливами навколишнього середовища, що викликають ті чи інші порушення психіки. До завдань первинної психопрофілактики відносяться також визначення факторів ризику – груп осіб з підвищеною за-

грозою захворювання або ситуацій, які також несуть в собі загрозу внаслідок підвищеного психічного травматизму, і організація психопрофілактичних заходів по відношенню до цих груп і ситуацій. Тут важливу роль відіграють такі дисципліни, як медична психологія, педагогіка, соціологія, юридична психологія та ін., що дозволяють здійснювати превентивні заходи щодо сімейних конфліктів, правильне виховання дітей і підлітків, організаційні та психотерапевтичні заходи в конфліктних ситуаціях (кризова психотерапія), профілактику професійної шкідливості, правильну професійну орієнтацію і професійний відбір, прогнозування можливих спадкових захворювань (медико-генетичне консультування).

2. Вторинна психопрофілактика – це максимально раннє виявлення початкових фаз нервово-психічних захворювань і їх своєчасне лікування, тобто такий вид профілактики, який робить перебіг хвороби більш сприятливим і призводить до швидшого одужання.

3. Третинна психопрофілактика – це попередження рецидивів нервово-психічних захворювань і відновлення працездатності.

Методи психопрофілактики включають вивчення динаміки нервово-психічного стану людини в процесі трудової діяльності, а також в побутових умовах.

Питання для самоконтролю

1. Що вивчає психогігієна як наука?
2. Що вивчає психопрофілактика як наука?
3. Які методи використовує психогігієна?
4. Які методи використовує психопрофілактика?
5. Який внесок у розвиток психогігієни зробила антична медицина і філософія?
6. Який зв'язок між розвитком психогігієни і вченням І.М.Сеченова?
7. Який зв'язок між психогігієною, психопрофілактикою і психіатрією?
8. Які психопрофілактичні і психогігієнічні заходи використовували психіатри для попередження нервово-психічних розладів?
9. Назвіть особливості розвитку психогігієни і психопрофілактики в Україні та Харкові.
10. Які завдання ставлять перед собою психогігієна і психопрофілактика на сучасному етапі розвитку суспільства?
11. Які фактори визначають психологічне здоров'я людини?
12. Які етапи психопрофілактичної роботи виділяє сучасна наука?

Рекомендована література

1. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Донозологическая диагностика в оценке состояния здоровья // Валеология: диагностика: средства и практика обеспечения здоровья. - СПб.: Наука, 1993, с.33-48.
2. Белов В.Н. Психология здоровья. - СПб., 1994, с.272.

3. Бендюков М.А., Бундзен П.В., Вайник Г.А., Евдокимова О.М. Интегрированный психофизический тренинг для населения: методология и принципы: Тез. докл. итог. науч. конф. - СПб.: НИИФК, 1993, с.8-9.
4. Васильев В.Н. Здоровье и стресс. - М.: Знание, 1991.
6. Судаков К.В. Диагноз здоровья. - М.: ММА им. И.М.Сеченова, 1993.

ТЕМА 2. ПРОБЛЕМА ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ВПЛИВІВ НА ПСИХІКУ ЛЮДИНИ

- 2.1. Екстремальні впливи на психіку та стрес і дістрес.
- 2.2. Вплив «інформаційного голоду» на нервово-психічні функції людини.
- 2.3. Монотонність і нервові стомлення.
- 2.4. Проблема адаптації та дезадаптації.

2.1 Екстремальні впливи на психіку та стрес і дістрес

Проблема екстремальної дії на нервово-психічну сферу людини в процесі його діяльності є предметом глибокого вивчення різних областей науки. Завдання психогігієни тісно переплітаються із завданнями загальної гігієни, промислової санітарії, фізіології людини, ергономіки, інженерної психології, педагогіки і так далі. Оскільки психогігієна вивчає впливи умов зовнішнього середовища (соціальних, виробничих і побутових) на психіку людини, вона тісно пов'язана з психологією праці, використовуючи фізіологічні, психологічні і інші методи, досліджує професійні шкідливості різних галузей виробництва: інтоксикації, шум, вібрації, дії випромінювань, перенапруження, обумовлені специфікою технологічних процесів. Розробляє комплексні психогігієнічні рекомендації по оздоровленню зовнішнього середовища, усуненню професійних вредностей, поліпшенню умов праці.

Екстремальні дії на організм можуть бути гострими, швидкоплинними або розтягнутими в часі; вони бувають різними по силі, інтенсивності дії і, як правило, носять комплексний характер. Особливо інтенсивні екстремальні дії розцінюються як стрессори, тобто руйнуючі впливи. Вони викликають специфічну захисну реакцію організму – стрес.

Термін «стрес» широко використовується у ряді областей знань, саме тому в нього вкладається декілька сенс, що розрізняється, з погляду причин виникнення такого стану, механізмів його розвитку, особливостей проявів і наслідків. Він об'єднує великий круг питань, пов'язаних із зародженням, проявами і наслідками екстремальних дій зовнішнього середовища, конфліктами, складним і відповідальним виробничим завданням, небезпечною ситуацією і так далі. Стрес як особливий психічний стан пов'язаний із зародженням і проявом емоцій, але він не зводиться тільки до емоційних феноменів, а детермінується і відбивається в мотиваційних, когнітивних, вольових, характерологі-

ческих і інших компонентах особи. Саме тому феномен стресу вимагає спеціального психологічного вивчення.

Стрес є реакцією не стільки на фізичні властивості ситуації, скільки на особливості взаємодії між особою і навколишнім світом. Це більшою мірою продукт наших когнітивних процесів, образу думок і оцінки ситуації, знання власних можливостей (ресурсів), ступені навченої способам управління і стратегії поведінки, їх адекватному вибору. І в цьому закладено розуміння того, чому умови виникнення і характер прояву стресу (дистреса) у однієї людини немає обов'язково тими ж для іншого.

По оцінках численних експертів в даний час значна частина населення страждає психічними розладами, викликаним гострим або хронічним стресом. Він набуває масштабів епідемії і є основною соціальною проблемою сучасного суспільства.

Термін «стрес» (від англ. stress – тиск, напруга) запозичений з техніки, де це слово використовується для позначення зовнішньої сили, що прикладеної до фізичного об'єкту і викликає його напруженість, тобто тимчасова або постійна зміна структури об'єкту. У фізіології, психології, медицині цей термін застосовується для позначення обширного круга станів людини, що виникають у відповідь на різноманітні екстремальні дії.

У сучасній науковій літературі термін «стрес» використовується принаймні в трьох значеннях. По-перше, поняття стрес може визначатися як будь-які зовнішні стимули або події, які викликають у людини напругу або збудження. У сьогодення час в цьому значенні частіше уживаються терміни «стрессор», «стрес-чинник». По-друге, стрес може відноситися до суб'єктивної реакції і в цьому значенні він відображає внутрішній психічний стан напруги і збудження; цей стан інтерпретується як емоції, оборонні реакції і процеси подолання (coping processes), що відбуваються в самій людині. Такі процеси можуть сприяти розвитку і вдосконаленню функціональних систем, а також викликати психічну напругу. Нарешті, по-третє, стрес може бути фізичною реакцією організму на вимогу, що пред'являється, або шкідливу дію. Функцією цих фізичних (фізіологічних) реакцій, ймовірно, є підтримка поведінкових дій і психічних процесів по подоланню цього стану.

Психологічний стрес як особливий психічний стан є своєрідною формою віддзеркалення суб'єктом складної, екстремальної ситуації, в якій він знаходиться. Специфіка психічного віддзеркалення обумовлюється процесами діяльності, особливості яких (їх суб'єктивна значущість, інтенсивність, тривалість протікання і так далі) в значній мірі визначається вибраними або прийнятими її цілями, досягнення яких спонукає змістом мотивів діяльності.

В процесі діяльності мотиви «наповнюються» емоційно, сполучаються з інтенсивними емоційними переживаннями, які грають особливу роль у виникненні і протіканні станів психічної напруженості. Не випадково остання часто ототожнюється з емоційним компонентом діяльності. Звідси рядоположне вживання таких понять, як «емоційна напруженість», «афектна напруга», «нервово-психічна напруга», «емоційне збудження», «емоційний стрес» та інші.

Загальним для всіх цих понять є те, що вони позначають стан емоційної сфери людини, в якій яскраво виявляється суб'єктивна забарвленість його переживань і діяльності.

У психологічній структурі психічної напруженості особлива роль належить мотиваційним і емоційним компонентам. Доцільне розділення поняття психічна напруженість на два види – операціональну і емоційну. Перший вигляд визначається процесуальним мотивом діяльності, який або співпадає з її метою, або знаходиться в близьких з нею відносинах. Він характеризується тісним зв'язком об'єктивного і суб'єктивного змісту діяльності. Другий вигляд (емоційна напруженість) обумовлюється домінуючим мотивом самоствердження в діяльності, який різко розходиться з її метою і супроводжується емоційним переживанням, оцінним відношенням до діяльності.

Аналіз робіт ряду дослідників, що вивчали стан психічної напруженості, дозволяє визначити його як неспецифічну реакцію активації організму і особи у відповідь на дію складної (екстремальної) ситуації, яка залежить не тільки від характеру екстремальних чинників, але і від ступеня адекватності і сприйнятливості до них організму конкретної людини, а також від індивідуальних особливостей особового віддзеркалення ситуації і регуляції поведінки в ній.

Як вважає В.Л. Вальдман з соавт. у явищі емоційного стресу слід розрізняти:

а) комплекс безпосередніх психологічних реакцій, який в загальній формі можна визначити як процес сприйняття і переробки особово значущої для даного індивіда інформації, що міститься в сигналі (дії, ситуації) і суб'єктивно сприйманий як емоційно-негативна (сигнал «загрози», стан дискомфорту, усвідомлення конфлікту і так далі);

б) процес психологічної адаптації до емоційно-негативного суб'єктивного стану;

в) емоційними для даної особи сигналами, унаслідок порушення функціональних можливостей системи психічної дезадаптації, що веде до порушення регуляції поведінкової активності суб'єкта.

З ім'ям Р. Лазаруса пов'язана розробка когнітивної теорії психологічного стресу, основу якої складають положення про роль суб'єктивної пізнавальної оцінки загрози несприятливої дії і своєї можливості подолання стресу. Загроза розглядається як стан очікування суб'єктом шкідливого, небажаного впливу зовнішніх умов і стимулів певного вигляду. «Шкідливі» властивості стимулу (умов) оцінюються по характеристиках інтенсивності його дії, ступеня невідзначеності значення стимулу і часу дії, ресурсів індивіда по подоланню такої дії. У цих умовах ресурс індивіда (суб'єкта) в основному характеризується станом і потенціями ряду компонентів психологічної структури суб'єкта.

Автор висуває ідею опосередкованої детермінації спостережуваних при стресі реакцій. На його думку, між впливаючим стимулом і у відповідь реакцією включені проміжні змінні, що мають психологічну природу. Одним з таких психологічних процесів є оцінка загрози, яка є передбаченням людиною можливих небезпечних наслідків ситуації, що впливає на нього.

Процеси оцінки погрози, пов'язані з аналізом значення ситуації і відношенням до неї, мають складний характер: вони включають не тільки відносно прості перцептивні функції, але і процеси пам'яті, здібність до абстрактного мислення, елементи минулого досвіду суб'єкта, його навчання і тому подібне

З даної теорії робиться ряд важливих висновків. По-перше, однакові зовнішні події можуть бути або не бути стресовими для різних людей, – особові когнітивні оцінки зовнішніх подій визначають ступінь їх стресового значення для конкретного суб'єкта. По-друге, одні і ті ж люди можуть одна і та ж подія в одному випадку сприймати як стресове, а в іншому як звичайне, нормальне, – такі відмінності можуть бути пов'язані із змінами у фізіологічному стані або в психічному статусі суб'єкта.

Таким чином, когнітивна теорія стресу заснована на положеннях про провідну роль в його розвитку:

- психічного віддзеркалення явищ дійсності і їх суб'єктивній оцінці;
- пізнавальних процесів перетворення інформації з урахуванням значущості, інтенсивності, невизначеності подій;
- індивідуальних відмінностей реалізації цих процесів і в оцінці суб'єктивної небезпеки, шкідливості (ступені загрози) стимулів.

Ця теорія найчіткіше відображає наявність взаємозалежних відносин між стресом і здоров'ям.

Когнітивна теорія стресу відображає кончину про те, що, по-перше, взаємодія людини і середовища в певних адаптаційних умовах постійно піддається зміні. По-друге, для того, щоб взаємозв'язок між цими змінними був стресовим, повинні бути зацікавленість, висока мотивація в досягненні результатів. Інакше кажучи, людина повинна уявляти, що його взаємодія з робочим середовищем є релевантною до особистих цілей, що мають важливе значення. По-третє, психологічний стрес виникає тільки тоді, коли людина оцінила, що зовнішня і внутрішня вимоги викликають надмірну напругу сил або перевершують його ресурси.

Оскільки людина зазвичай прагне змінити те, що є небажаним або недовсяжним, то стрес означає швидше динамічний процес, чим статичний стан. Психічний стан змінюється впродовж часу і залежно від різних умов середовища. Взаємозв'язок між людиною і середовищем не бувають постійними протягом певного часу або від виконання одного завдання до іншої.

Протягом останніх двадцяти років наголошується інтерес, що росте, до досліджень в області професійного стресу. Розвиток стресу на робочому місці виділений як важлива наукова проблема у зв'язку з його впливом на працездатність, продуктивність і якість праці, стан здоров'я. Ряд робочих стресорів, таких як ролева невизначеність, конфлікти, недостатній контроль, робоче перевантаження та інші зазвичай бувають тісно пов'язані з психічною напругою, психосоматичними розладами, а також з несприятливими поведінковими наслідками.

Дослідження стану стресу в трудовій діяльності свідчать про те, що феноменологічно і в плані особливостей механізмів регуляції професійний стрес

представляє специфічний вигляд, який, природно, відображає фізіологічні і психологічні особливості його розвитку.

Центральним поняттям в літературі по професійному стресу є поняття контролю (тобто оцінки і корекції) способів і результатів діяльності. Переживання стресу виникає при взаємодії між двома чинниками – відповідальністю і контролем («широта роботи» і «психологічні вимоги»). Високу напруженість має така робота (професія), в якій індивід при великій відповідальності має недостатній контроль за способами і результатами виконання завдань.

Зіставлення теорій і концепцій психологічного і професійного стресу свідчить про те, що вони відображають два ракурси змістовної характеристики стресу: з одного боку, процесуальну і регулятивну, з іншого боку – наочну і корелятивну (причинно-наслідкову). Ці два аспекти однієї проблеми тісні між собою зв'язані – будь-яка професійна діяльність може породжувати психологічні причини розвитку стресу або віддзеркалення в психологічному статусі і в поведінці ефектів несприятливої дії чинників фізичного і соціального середовища, також як будь-який психологічний стрес внутрішньоособової і міжособової природи знаходить своє віддзеркалення в поведінковій, у тому числі і робочою, активності людини.

2.2 Вплив «інформаційного голоду» на нервово-психічні функції людини

Проблема екстремальної дії на нервово-психічну сферу людини в процесі його діяльності є предметом глибокого вивчення різних областей науки. Завдання психогігієни тісно переплітаються із завданнями загальної гігієни, промислової санітарії, фізіології людини, ергономіки, інженерної психології, педагогіки і так далі. Оскільки психогігієна вивчає впливи умов зовнішнього середовища (соціальних, виробничих і побутових) на психіку людини, вона тісно пов'язана з психологією праці, використовуючи фізіологічні, психологічні і інші методи, досліджує професійні шкідливості різних галузей виробництва: інтоксикації, шум, вібрації, дії випромінювань, перенапруження, обумовлені специфікою технологічних процесів. Розробляє комплексні психогігієнічні рекомендації по оздоровленню зовнішнього середовища, усуненню професійних вредностей, поліпшенню умов праці.

Екстремальні дії на організм можуть бути гострими, швидкоплинними або розтягнутими в часі; вони бувають різними по силі, інтенсивності дії і, як правило, носять комплексний характер. Особливо інтенсивні екстремальні дії розцінюються як стрессори, тобто руйнуючі впливи. Вони викликають специфічну захисну реакцію організму – стрес. Одними з найбільш могутніх стрессоров є «інформаційний голод» і монотонність.

- Вплив «інформаційного голоду» на нервово-психічні функції людини.

Оскільки людина є істотою соціальним, поза суспільством він не може гармонійно розвиватися. Специфічна, властива тільки людям потреба в спілкуванні розвивається в найранішому дитинстві. У людей, вимушених по тих

або інших причинах тривалий час знаходиться в ізоляції (географічною, ситуаційною), починають відбуватися зміни в психічній діяльності, які часто приводять до розвитку душевних захворювань. Такого роду захворювання при порушенні спілкування виникають не тільки в умовах самоти, але і в результаті так званої соціальної ізоляції. Загальними закономірними нервово-психічними зрушеннями є те, що у людей втрачається здібність до швидкої зв'язної мови, зникають цивілізовані навички, слабіє пам'ять, здатність об'єктивно мислити.

Але нервово-психічні розлади з'являються не тільки в умовах повної ізоляції. Психічні функції людини не можуть нормально розвиватися і виявлятися без достатньої притоки інформації, при «сенсорному голоді». «Сенсорний голод» різко знижує надійність роботи людини, спостерігається втрата орієнтації в часі і просторі, здібність до синтезу плотьських вражень, посилюється робота уяви, спостерігається загострення реакцій на надслабкі подразники.

Слід зазначити, що основу патологічних відхилень складає не стільки зменшення об'єму дій взагалі, скільки обмеження кількості значущих сигналів, що володіють достатньою змістовною цінністю. При недостатній притоці значущих сигналів починають хворобливо тлумачитися будь-які незначні ознаки явищ, що відбуваються навколо, виникає інтерпретаційний синдром.

2.3 Монотонність і нерве стомлення

При оцінці стану нервової системи важливу роль грають монотонність, одноманітність і обумовлені ними стомлення і перевтома. Причиною нервового стомлення можуть бути як інтенсивне напружене очікування сигналу, швидка зміна наступаючої інформації, так і монотонна трудова діяльність. Одностороннє навантаження на обмежену групу нервових клітин викликає функціональне виснаження і розвиток охоронного гальмування, яке може швидко розповсюджуватися на суміжні ділянки кори головного мозку. Зовні це виявляється в нервовій втомі, сонливості, байдужості, млявості, зниженні працездатності. Всі ці ознаки можна спостерігати, наприклад, у тих, що працюють на конвеєрі.

Монотонна діяльність на тлі дефіциту значущої інформації сприяє значному наростанню стомлення, збільшенню частоти браку, помилок в процесі роботи. Стомлення може вести до перевтоми. Прогресуючі явища перевтоми часто є причиною неврозів і інших захворювань. При перевтомі значно посилюються прояви емоційної напруженості. Перенапруження сили нервових процесів і їх рухливості, що поступово накопичується, приводить до порушення вищої нервової діяльності, яке може носити необоротний характер, що приводить до виражених патологічних змін в організмі і навіть його загибелі.

Особливо гостро проблема стомлення і перевтоми стоїть тоді, коли мова йде про організмі дитини. Однієї з найважливіших причин, що викликає порушення нормального функціонування кори головного мозку, є часте стомлення дітей. Складність проблеми боротьби із стомленням полягає в тому, що

важко визначити його початкову стадію, оскільки сама дитина не може зрозуміти свого стану, а тим більше виразити його. Про перевтому можна судити по характерних ознаках поведінки дитини: неадекватність реакцій на зовнішні роздратування, тривале недосипання, погіршення апетиту, незвичайну упертість, дратівливість.

Перевтома у дітей можуть викликати: порушення режиму дня, недостатність відпочинку, одноманітність занять, надмірна тривалість занять. А також – перевантаження нервової системи дитини непомірними подразниками: гучна мова тих, що оточують, окрики дорослих, велика кількість яскравих іграшок, тривале читання, тривалий перегляд телепередач.

Одній з найбільш важких проблем для дитини є пристосування до нового середовища, проблема адаптації. Несприятливі зрушення в стані багатьох функцій організму дитини при переході з домашньої обстановки в умови дитячого колективу пов'язані з перебудовою динамічного стереотипу, а це є серйозним навантаженням на нервову систему дитини, що не окріпнула і лабільну.

Полегшити процес адаптації може індивідуалізація режиму дітей, що поступають до дитячих установ. Необхідні для цього матеріали повинні збиратися шляхом поглибленого патронажу дітей, вивчення домашньої обстановки, ознайомлення з умовами виховання, відходу, поведінки дитини, а також шляхом детального медичного огляду новачків. Виникає резонне питання: чи може сьогодні держава забезпечити матеріальну базу для проведення подібної роботи? Питання здебільшого – риторичний, але, якщо ми хочемо виростити здорове, фізично і психічно, потомство, ми повинні турбуватися вирішенням питань такого роду. Здоров'я нації можна купити за гроші.

Проблема перевтоми встає гостріше в період підготовки дитини до навчання в школі. Та робота, яку проводять в дитячих садах, яку самостійно проробляють мами «неорганізованих» дітей сприяє розвитку психіки дітей, але разом з тим створює значне навантаження на організм, форсуючи розумову діяльність.

До семирічного віку розвиток вищої нервової діяльності більшості дітей є достатньо високим для того, щоб дитина могла успішно справлятися з шкільним навантаженням. Але в цьому віці внутрішнє гальмування виражене ще в дуже слабкому ступені. Період активної уваги молодших школярів складає 15-25 хвилин, що часто є причиною розумової перевтоми.

Деякі діти, не бажаючи відставати від інших, тягнуться щосили, надривають своє здоров'я, не встигають в своїх досягненнях, помічають це і дають різні невротичні реакції. У таких випадках зміна умов роботи і простіша установка з цілями, цілком досяжними для даного учня, можуть швидко усунути невротичні розлади. Явище того ж порядку—учащение в шкільні роки випадків епілепсії або навіть першу появу їх саме в цьому періоді. Що указує на необхідність точного обліку всіх особливостей даної психофізичної організації при вирішенні питань, пов'язаних з характером і розміром учбової програми.

У зв'язку з тим, що об'єм інформації, яку діти повинні засвоїти в школі, постійно збільшується, порушується раціональний режим дня. Діти і підлітки мало бувають на свіжому повітрі, недосипають, мало займаються фізкультурою, а часто ще і погано харчуються. Фактичне учбове навантаження старшого школяра рівне 10-11 годинам, що приблизно в 1,5 разу перевищує межу сумарного навантаження для учня. Значне перевантаження часто викликає хронічну розумову перевтому, що у свою чергу може викликати порушення нервово-психічного здоров'я.

Зовнішніми ознаками розумової перевтоми є: блідість шкіри і слизистих оболонок, млявість рухів, апатичність, падіння уваги, дратівливість, угнетеність. Для профілактики перевтоми рекомендується правильно будувати розклад, підвищувати ефективність уроків, шукати нові форми і методи викладання, добиватися підвищення уваги і працездатності.

2.4 Проблема адаптації та дезадаптації

Результати ряду досліджень дозволяють вважати, що реакції людини на екстремальну дію, його сприйняття і оцінка як несприятливого (шкідливого, небезпечного) чинника, обумовлюється сукупністю властивостей і якостей індивіда, від яких залежить тип індивідуально-психологічної реакції людини, характер домінуючої поведінкової активності в цих умовах

Специфічність реагування при стресі обумовлюється не тільки характером зовнішньої стимуляції, але і психологічними особливостями суб'єкта. Встановлені виражені індивідуально-психологічні відмінності в характері реагування і поведінки індивідів при дії одного і того ж стресора. Обернена увага на те, що емоційна реакція особи є істотною внутрішньою умовою, що визначає його психічну діяльність. Саме тому така велика роль індивідуальної, особової реакції даного індивіда на зовнішні дії в процесі організації і розвитку подальшої стресової реакції. Особа відповідає на зовнішні дії через структуру своєї психіки і, зокрема, через її емоційність.

У реакціях індивіда на екстремальні дії відмічена істотна роль стійких типологічних особливостей особи. Відомо, що емоційно реактивні індивіди в екстремальних умовах діяльності проявляють виражене погіршення свого психічного статусу. У екстравертов при стресс-воздействиях гальмівні процеси розвиваються швидше і нормалізуються повільніше, ніж у інтровертів. J. Rotter звертав увагу на різний характер реагування на стрес осіб із зовнішнім або внутрішнім локус-контролем.

Відомо, що реакція людини на екстремальні дії, сприйняття і оцінка цієї дії як шкідливого, небажаного чинника обумовлюється не стільки природженими, біологічно закріпленими механізмами, скільки всім комплексом властивостей індивіда, що сформувалися в процесі розвитку і діяльності даної особи в певному середовищі. Від цих властивостей особи залежить тип індивідуально-психологічної реактивності даної людини в тій або іншій ситуації, характер домінуючих поведінкових реакцій в умовах психологічного стресу.

Встановлено, що на одне і те ж стрес-дія різні індивіди реагують не однаково по ступеню схильності дії і за типом спостережуваного ефекту. Тип реагування і спрямованість поведінки в цих умовах істотно залежить від індивідуальних особливостей особи.

Для людини велике значення має можливість активного психічного регулювання своєї діяльності. Проте, це не виключає ролі природних чинників, що впливають на характер поведінки і результативність діяльності. Особливо істотна роль природної основи особи в психологічних реакціях індивіда на екстремальну дію. В.Д. Небиліцин характеризує ці якості як індивідуальні межі допустимих інтенсивностей біологічних процесів, в рамках яких ще можливе пристосування і адекватне здійснення психічних функцій. Відомо, що особи емоційно реактивні показують статистично значуще погіршення тестових показників тоді, коли умови діяльності наближаються до екстремальних. У екстравертов при стресс-воздействиях гальмівні процеси розвиваються швидше і нормалізуються повільніше, ніж у інтравертов.

Оцінка сигналу як незвичного, екстремального здійснюється і з урахуванням індивідуального досвіду. У серії досліджень під керівництвом Р. Лазаруса була переконливо показана визначальна роль інтелектуальної оцінки у виникненні і зниженні стресових реакцій. Один і той же стимул (фільм) викличе або не викличе стресову реакцію залежно від того, яка орієнтація глядача по відношенню до події, що відображається. Якщо події у фільмі розглядаються як безпечні, то стресу не виникає. Якщо ж вони тлумачаться як небезпечні і глядач при цьому не займає неупередженої позиції спостерігача, тоді виникає стрес. Цінність отриманих результатів визначається не тільки тим фактом, що на оцінку небезпеки стимулу можна впливати, але і тим, що інтелектуальні оцінки лежать в основі виникнення стресу.

Одним із способів адекватної адаптації до стресс-ситуації може бути навчання новому навичку, що знімає конфлікт, «розузгодження». Іншою формою реакції може бути активне, вольове придушення сприйнятої інформації, «неприйняття» її в особовому плані (тобто «психологічний захист особи»). Адаптація до психологічного стресу, її тривалість, визначається чинником психологічної витривалості (стійкості) особи.

Форми у відповідь реагування виробляються особою через процеси оцінки, передбачення, рішення, пристосування. Вони розрізняються за швидкістю і тривалістю розвитку і знаходяться залежно від індивідуальних психологічних і нейрофізіологічних характеристик особи. Всім цим і визначається індивідуальний характер психологічного реагування різних індивідів в стандартних емоційно-стресових ситуаціях.

З позиції оцінки оперативної здатності людини в емоціонально-дезорганізуючій ситуації (тобто в умовах «гострого» психологічного стресу) величезне значення належить здатності даної людини здійснювати складні, спеціалізовані види діяльності всупереч таким емоціогенним перешкодам. Це визначається типологічною характеристикою особи, здібністю її до емоційної ізоляції від всього «поза контекстуальним», до придушення виникаючих пси-

хологічних перешкод, до стійкості по відношенню до різних ситуаційних змін. По суті це вже є проявом психологічної адаптації до емоційно-стресової дії. Але тривалість даної фази може надзвичайно різко розрізнятися залежно від психологічної орієнтації, функціональних особливостей нервової системи індивідів, характеру самої дії. Тому між першим і другим етапами розвитку стресової реакції в її психологічному змісті немає чіткої грані, а стан психічної дезадаптації, тобто третій етап емоційно-стресової реакції, може за певних умов розвиватися безпосередньо за стресс-воздействием як наслідок гострого психологічного стресу. У цьому і полягає відмінність емоції від емоційного (психологічного) стресу.

Стан психічної дезадаптації може бути також наслідком сильних позитивних емоцій, хоча такі випадки набагато рідкісніші, ніж психологічна дезадаптація від дії негативних емоцій. Екстремальність психологічної дії визначається «межею витривалості» даної особи, можливим діапазоном напруги системи психічної адаптації до її «прориву».

Таким чином, особливості прояву психологічного стресу визначаються екстремальністю дії. Але само поняття екстремальності повинне визначатися не у фізичних параметрах зовнішнього стимулу, а в психологічних, поки що непіддатливих квантифікації категоріях межі особової психічної адаптації до цієї дії.

Шкідливість стимулу, що створює психологічну стресову реакцію, сприймається символічно у вигляді сукупності уявлень про подію з несприятливим результатом, наслідками. Іноді воно формується в психічний образ майбутньої події з небажаним результатом і в цьому випадку шкідливість стимулу як би передбачається.

Емоційна реакція особи є істотною внутрішньою умовою, що визначає її психічну діяльність. Саме тому така велика роль індивідуальної, особової реакції даного індивіда, на зовнішні дії в процесі організації і розвитку подальшої стресової реакції.

Якщо суттю психологічного стресу є емоційний стан, що розвивається на негативно оцінювану ситуацію (дія), то аналіз причинних чинників, що породжують стрес, можливий тільки з урахуванням особових установок даного суб'єкта.

Відомо, що один і той же стресогенний стимул або викликає, або не викликає розвиток стресової реакції залежно від орієнтації людини по відношенню до цього психологічного стимулу. Не само по собі дія як таке є причиною подальшої реакції організму, а відношення до цієї дії, його оцінка, причому оцінка негативна, заснована на неприйнятті стимулу з біологічною, психологічною, соціальною і інших точок зору даного індивіда. Об'єктивно шкідливий стимул, якщо він не признається за такою даною особою, не є стрессором. Фізіологічні прояви стрессора у даного конкретного індивіда не можуть бути безпосередньо співвіднесені з характером стресс-воздействия. Не зовнішні, а внутрішні психологічні умови і процеси є визначальний для характеру

у відповідь реагування організму. Типи і форми цих реакцій мають індивідуальні, особові риси.

Не тільки «сила» стрессора, його об'єктивна якісна характеристика, реальна ситуація навколишнього середовища як такі, а оцінка стимулу, дії, ситуації, психологічна оцінка сигналу негативного, відкиданого (аверсивного) при неможливості позбавлення від нього або невідповідності механізмів «уникнення-захисту», що стереотипизованих, є визначальним чинником для класифікації подальшої комплексної реакції організму як емоційно-стресовою.

Ряд експериментальних досліджень продемонстрували значущі зв'язки між особовими показниками і реакціями подолання стресу. Наприклад, інтернальний локус контролю асоціюється з великим використанням активних, направлених на роботу, стратегій. Екстраверсія і нейротизм також пов'язані з конкретними моделями подолання, – висока екстраверсія і низький нейротизм зумовлюють використання стратегій, які вважаються ефективнішими. Подолання стресу – це багатовимірний конструкт, широкий круг поведінкових і когнітивних стратегій, які можуть бути направлені на зміну, переоцінку або уникнення стресових обставин або пом'якшення їх негативних дій, що включає.

Стрессори, з якими люди зустрічаються в повсякденному житті, і їх сила істотно розрізняються і здатність гнучко і своєчасно реагувати на вимоги, що пред'являються ними, є центральною в збереженні хорошого самопочуття. Чинники, потенційно релевантні для ефективного подолання, включають певне число доступних індивідуальних стратегій, здатність вибірково використовувати стратегії відповідно до вимог ситуації і навиків застосування різних стратегій в належний час на різних етапах епізоду.

Подолання буде успішнішим, якщо реакції індивіда відповідають вимогам ситуації. Одним з важливих параметрів потенційної відповідності між подоланням і ситуаційними оцінками є сприйманий контроль за ситуацією. У ситуаціях, невідповідних сприйманому контролю, можуть бути використані адаптивні стратегії уникнення або концентрації на емоціях, але якщо можливо якоюсь мірою проконтролювати ситуацію, стратегії концентрації на проблемі грають головну роль в ефективному подоланні. До того ж індивідуальні відмінності по ступеню упевненості в результатах контролю можуть впливати на рівень відповідності поведінки по подоланню і концентрації на проблемі сприйманої підконтрольності ситуації.

Поведінка по подоланню розрізняється в різних ситуаціях і на різних етапах епізоду. Здатність реагувати належним чином на безліч різних стрессорів може бути також важливою, як постійне подолання у відповідь на схожі ситуації. Зокрема, здатність використовувати як активні, так і пасивні форми подолання може привести до меншої втоми і інших реакцій на подолання, включаючи психологічні наслідки, чим використання тільки одного способу або стилю подолання.

Питання для самоконтролю.

1. Що таке стресори і як вони впливають на нервово-психічне здоров'я?
2. Чим відрізняється поняття «Інформаційний голод» від поняття «Сенсорний голод»?
3. Який зв'язок між монотонністю і нервовим стомленням?
4. Зовнішніми ознаками перевтоми є.
5. У чому суть дитячої проблеми адаптації?
6. Перерахуйте профілактичні заходи щодо попередження стомлення і перевтоми у дітей і дорослих.

ТЕМА 3. ПСИХОГІГІЄНА ТА ПСИХОПРОФИЛАКТИКА НЕРОВО-ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

- 3.1. Класифікація причин виникнення нервово-психічних розладів у дитячому віці.
- 3.2. Дисгармонія сімейного виховання і нервово-психічні розлади у дітей.
- 3.3. Параметри виховного процесу та їх вплив на нервово-психічне здоров'я дітей.
- 3.4. Діагностична робота з контингентами ризику.
- 3.5. Загальна характеристика психокорекційного комплексу для дітей з нервово-психічними розладами.

3.1 Класифікація причин виникнення нервово-психічних розладів у дитячому віці

З кожним роком зростає кількість дітей, яким поставлений діагноз будь-якого нервового захворювання. За даними досліджень до закінчення молодшої школи здорових дітей залишається менше половини. Причини такого явища криються не тільки в складній соціальній обстановці, але набагато глибше.

Нервово-психічні розлади найчастіше розвивається у дітей, що мають слабкий або збуджуючий тип вищої нервової діяльності, коли вони стикаються з сильними, складними або довго діючими подразниками: довго не припиняється шум, неправильна поведінка дорослих (часті сварки, лайки, нерівне ставлення до дітей - швидкий перехід від надмірної строгості до пестощів, нескінченні заборони, придушення ініціативи та ін.), а також часті перевантаження інформацією: відвідування кіно, театрів, перегляди телевізійних передач, які перезбуджують нервову систему дитини.

Нервові діти слабого типу загальмовані, сором'язливі, полохливі. У дітей з легкозбудимою нервовою системою гальмівний процес різко ослаблений: вони недисципліновані, надмірно рухливі, запальні, агресивні.

У дітей врівноважено рухомого і врівноважено повільного типу вищої нервової діяльності нервовість зустрічається значно рідше і проявляється менш помітно.

Дитина може успадкувати від батьків слабкий або збуджений тип нервової системи, її підвищену вразливість, що легко приводить до нервування. Виникненню вродженої нервовості у дітей сприяють психічні захворювання батьків, схильність їх до алкогольних напоїв, наркотиків.

Дитина може народитися нервовою і тоді, коли її мати під час вагітності перенесла захворювання, психічні травми, погано харчувалася, виконувала важку фізичну роботу. Такі діти народжуються неспокійними, полохливими, погано сплять, голосно і довго плачуть, з кожного приводу висловлюють своє незадоволення.

Після народження дитини виникненню її нервовості може сприяти будь-яка причина, що викликає ослаблення організму: неповноцінне харчування, недосипання, сильне стомлення і головним чином гострі і хронічні хвороби.

Всі розлади нервової системи протікають на тлі різкої зміни поведінки дитини. Більшості нервових дітей властиві підвищена емоційність, нестійкість уваги, часті капризи. Вони образливі, сильно реагують на шум, яскраве світло, на зміни температури повітря, дотик до тіла вовни, хутра. Періоди збудження у одних дітей змінюються періодами пригнічення, внаслідок чого їх настрій і поведінка весь час змінюються. Інші діти зовсім не можуть керувати своїми емоціями: у них часті спалахи гніву, агресії; інстинкти (харчові, статеві) набувають над ними повну владу. Загальмованість, пасивність, нерішучість, надмірна сором'язливість - ці стани виникають найчастіше у дітей тоді, коли дорослі не враховують природного прагнення дитини до самостійності, безперервно опікають її, позбавляючи впевненості в своїх силах, коли прагнення дитини до руху, її допитливість завжди присікаються: вона на кожному кроці чує слова «не можна», «ні». Постійні заборони у деяких дітей викликають бурхливий протест (дитина кричить, тупотить ногами, намагається битися), сприяють виникненню впертості. У цих випадках діти прагнуть у всьому чинити наперекір дорослим: вони відмовляються від їжі, одягання, прогулянок, кидають подаровані їм іграшки, на все пропозиції дорослих відмовляються. Така поведінка дитини називається негативізмом. Наказовий тон, насильство дорослих при прояві дитиною негативізму не тільки не допоможуть, а й посилять цей хворобливий стан. У випадках прояву впертості краще або не звертати на дитину уваги, або переключити її на іншу діяльність.

У маленьких дітей будь-яка несподіванка викликає переляк: людина в масці, раптово вискочила з-за рогу собака, гучний звук, несподівана втрата рівноваги та ін. Такий переляк надто природний, і у здорових дітей швидко проходить. У нервової дитини почуття пережитого страху може залишитися надовго, іноді на все життя. Страху виникають у дітей і вночі, під враженням тривожних сновидінь.

У дітей з нервовими розладами порушення сну спостерігається досить часто. Ці діти з великими труднощами засинають, сплять дуже неспокійно, часто прокидаються зі скаргами на те, що у них болять нога, рука, спина, просять пити, вимагають іграшок і т.д. В окремих випадках діти ходять під

час сну: встають з ліжка з закритими очима або з відсутнім, спрямованим в простір поглядом, ходять по кімнаті, виробляють як ніби доцільні, але в даний момент абсолютно непотрібні дії. Якщо двері відкриті, вони можуть вийти на вулицю. Всі дії дитина частіше виробляє мовчки або говорить щось, що не відноситься до даної ситуації. Дитину треба дуже обережно, щоб не злякати, укласти в ліжко, не чекати, коли вона, врешті-решт, ляже сама. Вранці дитина може нічого не пам'ятати про те, що трапилося.

При нервовому розладі діти можуть висловлювати свої переживання дуже бурхливо. У момент гніву, злоби, протесту маленька дитина вигинається на руках матері, м'язи її знаходяться як би в стані судомного скорочення, тіло напружене; старші дошкільнята нерідко з криком падають, безладно б'ються руками, ногами, головою об підлогу, вигинають спину. У деяких випадках під впливом сильних психічних переживань у дитини може виникати пригнічення рухової сфери - парези, паралічі кінцівок, очних м'язів (косоокість).

Смоктяння своїх пальців, колупання в носі, розгойдування тіла, ніг, онанізм і т.д. - ці звички особливо часто спостерігаються у дітей, у вихованні яких були допущені помилки: залякування, постійне смикання і т.п. Неправильна поведінка дорослих призводить до того, що дитина фіксує увагу на цих звичках, при кожному зауваженні дорослого відчуває почуття страху, винуватості, від чого її невротичний стан ускладнюється.

Особливої уваги потребують діти з розладами мови: по-перше, тому, що таких дітей можуть дратувати в групі інші діти, що може викликати у хворої дитини почуття неповноцінності, постійної пригніченості; по-друге, дитині, яка страждає розладами мови, можуть наслідувати здорові діти, особливо заїкання. Заїкання найчастіше виникає в період становлення мови (від 2 до 3 років), коли дитина починає вимовляти слова і фрази. При заїканні діти по кілька разів повторюють перші звуки або початкові склади або роблять раптову зупинку на початку, в середині слова, іноді фрази. Дихання у дитини стає нерівним, уривчастим. Мова часто супроводжується рядом мимовільних рухів: посмикування м'язів обличчя, запруження очей, висовування язика, рухами рук і ніг. Відчуваючи це, дитина боїться говорити, вважає за краще мовчати або говорить пошепки. Іноді замість слів вона намагається спілкуватися жестами. Діти, які заїкаються, соромливі, полохливі, цураються товаришів. Таку дитину ізолювати від дітей всієї групи не слід (тільки з вкрай важким заїканням дитину переводять до логопедичної групи або дитсадка).

Частим проявом нервовості у дітей є нічне мимовільне сечовипускання. Під час сну в корі головного мозку у здорової дитини залишаються в повному обсязі загальмовані, так звані сторожові пункти, роздратування яких викликає швидке пробудження. До числа таких пунктів відноситься і центр сечовипускання, який сприймає імпульси, що йдуть від сечового міхура. У дітей, які страждають нервовим розладом, цей сторожовий пункт не завжди виконує свої функції.

На початку захворювання дитина зазвичай мочиться за ніч 1-2 рази, в запущених випадках - 4 рази і більше. З одними дітьми це трапляється щоно-

чі, з іншими - 1-2 рази на тиждень. Пізнє засипання, велика кількість випитої рідини, низька температура приміщення, де спить дитина, можуть сприяти нічному нетриманню сечі.

Енурез чинить негативний вплив на психіку дитини. Діти соромляться свого стану, прагнуть його приховати, болісно реагують на глузування товаришів, закиди дорослих; у них розвивається боязкість, невпевненість в собі. При появі у дитини енурезу ні в якому разі не можна їй дорікати, соромити, залякувати, примушувати застіривати свою білизну. Треба переконати її в тому, що це явище не результат поганої поведінки, а захворювання, від якого можна повністю вилікуватися. Дитину слід якомога швидше показати лікарю і почати серйозно лікувати.

У дошкільних установах і вдома дитині треба створити обстановку, яка захищає її від виникнення або посилення вже існуючої нервовості: правильний догляд за дитиною, суворе дотримання раціонального режиму сну, харчування, відпочинку, здійснення фізичного виховання і загартовування організму, що сприяє підвищенню опірності інфекціям. Важливе значення в профілактиці неврозів має попередження дитячого травматизму. Треба пам'ятати, що дорослі можуть травмувати дитину і словом, і несправедливим до неї відношенням.

Батьки і вихователі повинні розмовляти з дітьми спокійним тоном, без роздратування, не застосовувати тілесних покарань, бо вони не тільки завдають болю, але і озлобляють, ображають дитину.

Найбільш поширеною формою нервово-психічних розладів у дитячому віці є невроз і неврозоподібні стани.

Невроз - це психогенне захворювання, у виникненні, перебігу і лікуванні якого провідна роль належить психологічним факторам. Але, слід пам'ятати, що у виникненні і розвитку неврозу взаємодіють біологічні, психологічні і соціальні механізми.

Важкі травми (особливо травми голови), хронічне недосипання, надмірно сильні емоційні переживання внаслідок побоїв, жаху, сімейних сварок, вуличних бійок, нещасних випадків можуть викликати у дітей більш серйозні розлади нервової системи, так звані неврози.

При неврозах у дітей спостерігається не тільки підвищена нервовість, а й розлади функцій різних органів (мови, сечовиділення, травлення та ін.). Дітям, що страждають неврозами, властиві необґрунтовані страхи, порушення сну, нав'язливі рухи, відсутність апетиту, блювання, енурез і т.д. У деяких дітей може бути лише один з перерахованих симптомів, у інших (що трапляється частіше) їх буває кілька.

Невроз - захворювання виліковне, хоча і не завжди швидко. Профілактика нервування і неврозів у дітей насамперед зводиться до усунення всіх тих факторів, які сприяють формуванню слабкого або неврівноваженого типу вищої нервової діяльності.

Небезпека цього захворювання криється не в його невиліковності, а в ставленні до цього захворювання. Більшість батьків просто не звертають ува-

ги на перші ознаки неврозів або нервових розладів у своїх дітей, друга частина - якщо і звертає увагу, то відноситься досить поверхово («само пройде»), і лише незначна частина починає реальні дії для виправлення становища. На думку шкільних педагогів і психологів до середніх класів діагноз нервового розладу можна поставити більшості дітей, а фактично здоровими можна назвати лише одиниці. Невроз з'являється не в шкільному віці, а набагато раніше, і до шкільного віку частина дітей приходять зі стійкими нервовими порушеннями.

Причини виникнення дитячих неврозів діляться на наступні групи:

1. Психічна травма.
2. Преневротичні патохарактерологічні радикали.
3. Порушення системи відносин, і, перш за все дисгармонія сімейних відносин.
4. Дисгармонія сімейного виховання.

Психічна травма - це зовнішні подразники, які надають патогенний, хворобливий вплив на індивіда. Вона може бути гострою і хронічною. До гострої психічної травми в дитячому віці відносять: переляк, гострий внутрісімейний конфлікт, конфлікт у дитячому садку або школі. Хронічна психічна травма - це відносно слабкі, але довготривалі і багаторазово повторювані подразники. У дитячому віці психотравмуючі ситуації безпосередньо впливають із сімейних відносин і тісно пов'язані з взаємодією між дітьми і батьками.

Однак потрібно підкреслити, що патогенний вплив надає не сам по собі зовнішній вплив, а його значущість для людини.

Основним радикалом, що передує формуванню всіх преневротичних станів, є підвищена тривожність, відчуття неспокою, яке постійно відчуває дитина.

3.2 Дисгармонія сімейного виховання і нервово-психічні розлади у дітей

Існує зв'язок між способом життя, який закладається ще в дитинстві, і відносинами людини з оточуючими. Якщо дитині в дитинстві батьки постійно вселяли, що вона: «нехлюй, телепень», то рано чи пізно в це починає вірити. Але спочатку усередині дитини відбувається конфлікт, тому що вона знає, вона не така погана, вона намагається порадувати своїх батьків, а вони цього не помічають, намагаючись підігнати дитину під свої мірки. З цього конфлікту «впливає» нервова напруга, з якою дитина часом не може впоратися. Можливі два варіанти рішення дитиною цієї проблеми: або вона пристосується під непомірні вимоги дорослих, і сховає свої особистісні якості, але буде змушена шукати механізм захисту власного «Я» доступними для неї способами, або вона буде пручатися, що породить безліч конфліктів з батьками. І те й інше призведе до підвищеної нервової напруги, а якщо батьки не змінять свою «виховну політику», то у дитини виникне нервовий розлад, невроз, який вона понесе з собою у доросле життя.

Але все більше батьків надає значення здоров'ю своїх дітей і своїх сімей в цілому. На жаль, більшості з них доводиться діяти методом проб і помилок, але найголовніше - вони хочуть виростити здорових дітей. Замислюються про профілактику дитячих нервових захворювань і намагаються не допускати їх. Ніхто не сперечається - сучасне життя стало складним, позбавленим стабільності і повним стресів. У даних умовах жити і рости нове покоління буде легше тільки здоровій людині і фізично, і морально, але в першу чергу психічно.

Сучасна сім'я є не застиглою соціальною організацією, а динамічною мікросистемою, що постійно знаходиться у діалектичному розвитку. Загальновідомі визначені зміни, що відбулися в структурі сім'ї: зменшення розмірів сім'ї і кількості дітей, зменшення ролі старшого брата і сестри, зникнення різкої диференціації між членами родини в цілому. Сюди ж можна додати і змішання полових ролей у суспільстві: стає більш помітна фемінізація чоловіків і маскулінізація жінок. Чоловіки все більше усуваються від виховання власних дітей (хоча треба зазначити, ця тенденція існувала і раніше), намагаються скласти з себе якомога більше відповідальності за цей процес. Жінки пропонують своїм дітям стереотип моделі поведінки (згідно половій диференціації в суспільстві), що не відповідає дійсності: для хлопчиків - зразок суміші «Прекрасного принца» і «Шварценеггера», не підкріплений особистим прикладом батька, для дівчаток досі діє стереотип поведінки скромної, господарки-жінки, хоча перед очима приклад власної матері, що не відповідає реальній жінці в сучасному суспільстві.

Психологи відзначають зміни, що відбулися в нинішній родині. Намічається тенденція до формування нового типу родини. Відносини між батьками спочатку в родині будуються скоріше на принципах товариства, ніж на принципах верховенства того чи іншого члена сім'ї (по патріархальному чи матріархальному укладі). Але процес становлення нової родини важкий і хворобливий, тому що нові ролі ще не до кінця освоєні. Безліч сімей розпадається менш ніж через 5-ть років. Але так як в більшості сімей вже є діти, то, перш за все, вони розплачуються за помилки дорослих. Що, в свою чергу, сприяє виникненню неврозів і інших нервових захворювань дітей.

Сучасні батьки по інерції продовжують жити своїми проблемами, не замислюючись про долю своїх дітей. Сучасні батьки існують поруч, але не разом. Кожен з членів сім'ї займається своїми проблемами, забуваючи, що дитина потребує постійної любові, уваги і турботи, розуміння своїх проблем, яких у нього багато. Замість цього батьки намагаються, як можна раніше перекласти виховання власної дитини на дитячі установи, займаючись тим часом власною кар'єрою і власним життям. Що в свою чергу не сприяє здоров'ю дитини у всіх відносинах.

Діти несуть у доросле життя той стереотип відносин, який закладається в дитинстві. Якщо малюк часто бачить сварки батьків, то в наслідок приймає їх за норму життя, виробляє звичку до подібних відносин. Ставши, у свою чергу батьком, підсвідомо реалізує закладене в дитинстві уявлення у власній родині. На думку О.І. Захарова існують кілька видів неврозів:

1. Невроз страху. Виникає зазвичай внаслідок ідентифікації з одним з батьків і «присвоєння» його страхів.

2. Неврастенія – це хворобливе перенапруження психофізіологічних можливостей дитини. Вона не може відповідати завищеним вимогам оточуючих і заздалегідь вважає себе не здатною справитися з майбутніми труднощами.

Найчастіше це відбувається від нездатності батьків прийняти дитину такою, якою вона є насправді. Дитина, в свою чергу не може зрозуміти, чому батьки так строгі до неї, адже вона так намагається робити те, що вони вимагають. Протиріччя самих батьків приводять дитину до нервового перенапруження, неврастенії. Говорити про здорову психіку дитини не приходиться - конфлікт батьків з дитиною, сприймається останньою, як власна неповноцінність.

Іншою причиною подібного неврозу може бути переключення уваги батьків на іншу дитину, що з'явилася в родині, нездатність самих батьків рівномірно розподіляти увагу між усіма дітьми в сім'ї. Часто, докори на адресу старшої (у такій ситуації рідше буває навпаки) дитини бувають несправедливі і мотивовані тим, що «вона старша, на неї більше відповідальності, вона сама повинна розуміти». Як правило обертається така ситуація нервовими зривами, тиками, а в гірших випадках неприкритою агресією до молодшого брата чи сестри.

3. Істеричний невроз. Його зовнішні прояви: дитина надмірно примхлива, раз у раз влаштовує істерики, падає на підлогу, б'ється. Але подібний невроз треба відрізнити від патології характеру, що буває в більш старшому віці. Батьки до певного моменту потурали зростаючим вимогам чада, але потім ввели обмеження, вступивши непослідовно - адже дитина не розуміє зміну логіки батьків. Дитина не хоче бути такою; вона влаштовує сцени, хоча і страждає від цього. Але нічого з собою не може зробити, це відбувається без її волі.

Причини виникнення такої поведінки: непослідовність у вихованні батьків і найближчого оточення - бабусь і дідусів.

Іншою причиною істеричного неврозу є: не підвищена увага до дитини, а навпаки, повна відсутність такої. Діти, позбавлені емоційної уваги, у міру накопичення дефіциту уваги влаштовують демонстрації. Але, як правило, натикаються на стіну нерозуміння - завжди тиха і непомітна дитина перетворюється в некерованого бешкетника.

4. Невроз нав'язливих станів. Зазвичай проявляється в шкільному віці. Стани, при яких дитина відчуває потребу робити які-небудь дії, так як, на її думку, це несе в собі захисні елементи. Насправді, це і є механізмами захисту, як тики, одноманітні рухи, чи респіраторні явища. Коріння цього неврозу - ті ж сімейні відносини, вірніше їх порушення. Підвищена вимогливість батьків, вимогливість - заради вимог, принциповість - всупереч здоровому глузду. Батьки вимагають беззаперечного підпорядкування від дитини, виховання нагадує муштру. У дітей в таких сім'ях виникає помисливість, страх порушити вимоги батьків.

Дисгармонія сімейних відносин є основним патогенетичним чинником, що обумовлює виникнення неврозів у дітей. Це негативний характер подружніх відносин, що виражається в конфліктній взаємодії подружжя. У здоровій сімейній структурі встановлюється рухлива рівновага, що виявляється в оформленні психологічних ролей кожного члена родини, формуванні сімейного «ми», здатності членами сім'ї самостійно вирішувати суперечності і конфлікти.

У дисгармонійних сім'ях рівновага у взаєминах використовується для того, щоб уникнути зміни, розвитку і пов'язаних з цим можливих тривог і втрат. Рівновага перестає бути формою адаптації сім'ї до завдань оптимального виконання своїх зовнішніх і внутрішніх функцій.

Виділяють три типи «невротичних» подружніх пар: 1. з відносинами суперництва; 2. з відносинами псевдоспівробітництва; 3. з відносинами «ізоляції».

Подружні пари з відносинами суперництва. Структура відносин носить суперечливий, доброзичливо-ворожий характер. Обидва партнери характеризуються незрілістю, несформованістю сімейної ролі і виявляються не в змозі приймати на себе відповідальність за поведінку пари як цілого. Конфлікти виникають як протиріччя в сферах турботи і опіки, головування та емоційного прийняття, де стикаються значущі потреби партнерів.

Подружні пари з відносинами псевдоспівробітництва. Із зовнішнього боку відносини такої пари виглядають рівними і узгодженими, з елементами перебільшеного вираження турботи про партнера. Причини для виникнення конфліктів лежать у позасемейній сфері і пов'язані з індивідуальними труднощами і невдачами, що стосуються роботи або спілкування.

Подружні пари з відносинами ізоляції. У спільній діяльності подружжя залишаються емоційно відокремленими, виявляються не зацікавленими один в одному як в чоловіці і дружині. Конфліктні ситуації виникають при порушенні «кордонів ізоляції».

Сім'ї з порушеними відносинами не можуть самостійно вирішувати виникаючі в сімейному житті протиріччя і конфлікти. В результаті довгостроково існуючого конфлікту у членів сім'ї спостерігається зниження соціальної і психічної адаптації, відсутність здатності до спільної діяльності. Зокрема, виникає нездатність до узгодженості в питаннях виховання дітей. Рівень психологічної напруги в сім'ї має тенденцію до наростання, призводячи до емоційних порушень, невротичних реакцій її членів, виникненню почуття постійного занепокоєння в дітей.

3.3 Параметри виховного процесу та їх вплив на нервово-психічне здоров'я дітей

Неврози в дитячому віці - відображення клінічних, особистісних і соціально-психологічних проблем, що виникають у дорослих, які стали батьками у важкий для себе період життя занадто рано або пізно, опинившись невідповідними до цієї ролі, інфантильно-незрілими або надмірно амбітними, які

упресовують психічний розвиток дітей в свої честолюбні плани і надії. У розвитку дітей відбиваються особистісні проблеми батьків, обумовлені прискоренням темпу сучасного життя, його урбанізацією і технократизацією, поряд з постійно зростаючою відповідальністю і жорсткістю соціальних рольових приписів, ускладненням і знеособленістю міжособистісних відносин, несприятливими тенденціями в соціально-психологічній динаміці розвитку сім'ї: зниженням її стабільності, народжуваності при односторонньому домінуванні матері, її надмірній завантаженості і невротизації. На психічний розвиток дітей впливає недолік морально-етичних засад у відносинах оточуючих дорослих, психопатичне проростання особистості у деяких сучасних жінок, низька соціально-психологічна культура спілкування, відсутність доступної, ефектвної та своєчасної психологічної та психотерапевтичної допомоги.

Витоки багатьох батьківських проблем знаходяться в прабатьківській родині, в тих особливостях відносин і виховання, які надали несприятливий вплив на формування характеру й особистості батьків і ускладнили їх подальші відносини в шлюбі. З особистих якостей виділяються авторитарні риси у бабусі по материнській лінії разом з гіперсоціальною спрямованістю особистості і високою тривожністю. Одностороннє виховання з її боку і диктат в родині приходять в контраст з більшою схожістю дочок на батька, роль в сім'ї якого явно недостатня, як і емоційний контакт з дітьми. У майбутнього чоловіка підкреслена невротична залежність від матері в дитинстві і в наступні роки при недостатньому впливі або відсутності батька в сім'ї. В результаті ми бачимо надмірність жіночого впливу на протизагострення недостатності чоловічого, а також невротичне взаємодоповнення в шлюбі, коли чоловік проектує свою прихильність до матері на дружину, а остання виконує в стосунках з ним нереалізовану любов до батька. Подібні невротичні загострені очікування вступають в протиріччя з реальним контрастом темпераменту і характеру подружжя, створюючи вихідну диспозицію в їх відносинах. Більш чітко вона починає звучати після народження дитини, виховання якої стає головним джерелом сімейних розбіжностей. І, крім них, психологічні стреси, пережиті батьками, означають кризи їх особистісної самосвідомості, спроби знайти себе і затвердити своє місце в житті, особливо яскраво проявляються в віковому інтервалі 35-40 років.

Конфлікти в родині та психологічні кризи є суттєвими джерелами наростання психічної напруги у батьків, загострення несприятливих рис характеру і невротизації, принаймні одного з них, зазвичай матері, що відчуває високе навантаження від поєднання сімейних і професійних ролей. Таким чином, ми маємо справу з вихідною психологічною та клінічною обтяженістю в родині у вигляді несприятливих особистісних особливостей батьків, конфліктної структури відносин і невротичного захворювання у одного з них. У всіх випадках батьки психопатологічно змінені більше, ніж діти, що разом з несприятливими відносинами в сім'ї негативно позначається на вихованні і формуванні їх особистості. Стійкі розбіжності між батьками означають відсутність здатності стабілізувати емоційний стан один одного, що сприяє виникненню, в першу

чергу у матері, спочатку почуття, а потім і страху самотності. Поряд з її невротичним станом, це створює у відносинах з дітьми три характерних феномена: постійного неспокою за типом протопатичної, інстинктивно загостреною тривоги або передчуття, що з ними обов'язково щось має статися; надлишкової, що переходить вікові потреби опіки; прагнення утворити з дітьми емоційно відокремлену діаду в сім'ї.

У свою чергу, чим більше занепокоєння і опіка з боку матері, тим більше виражено протистояння з боку батька, який нерідко використовує контрастно іншу, жорстку тактику у стосунках з дітьми або ж свідомо не приймає участі у вихованні. У протилежній ситуації переходу конфлікту на відносини з дітьми їх психічний розвиток знаходиться ще в більшій небезпеці, тому що вони не можуть захистити себе, та й до того ж батьки непримиренно сприймають у дітей негативні, з їх точки зору, риси характеру один одного. Тоді афективним фокусом низької психологічної сумісності батьків є дитина, положення якої особливо несприятливо при її попередній небажаності, невідповідності статі очікувань батьками і наявності в сім'ї понад благополучного в багатьох відносинах брата або сестри.

Несприятливою для формування особистості дітей буде також типова для сімей ситуація інверсії батьківських ролей, коли бабуся заміщає мати, яка, в свою чергу, відіграє роль батька, а останній виявляється «зайвим» в сім'ї, нерідко йдучи з неї. Більш травматично подібна ситуація діє на хлопчиків, які залишаються без захисту батька, позбавлених адекватних статі моделей поведінки, які потерпають від як надмірної опіки, так і неприйняття в родині загальних з батьком рис темпераменту і характеру. Тоді вони особливо схильні до страхів і невпевнені в собі.

Не завжди про виховання дітей з неврозами можна говорити, як про «неправильне»; досить часто воно носить «зайве правильний» характер. Це випадки гіперсоціальної спрямованості особистості у батьків, в першу чергу у матерів, що супроводжується надмірною вимогливістю і принциповістю у відносинах з дітьми, неприйняттям їх безпосередності і емоційності, тобто всім тим, що позначається як комплекс Царівни Несміяни. Ці ж «лівопівкульні орієнтовані батьки» негнучкі в поводженні з дітьми, надмірно інтенсифікують і прискорюють їх інтелектуальні можливості, виявляючи одночасно багато заборон і моральних приписів. Подібне ставлення часто зустрічається у батьків, занадто раціональних і розважливих, мислячих, швидше, схемами і штампами, ніж почуттями і образами. Ці матері менше значення надають емоційним аспектам у взаєминах з дітьми, охорони їх внутрішнього, психічного середовища, зате непомірно велике - питанням престижу і кар'єри, успіху за всяку ціну. Зрівнявшись не завжди найкращим чином з чоловіками в оволодінні професією, ці матері втратили багато зі своїх споконвічно притаманних якостей, не знайшовши натомість те, що могло б бути душевним, теплим, безпосереднім і чуйним керівництвом у відносинах з дітьми, без чого їх розвиток не може бути повноцінним і гармонійним. У підсумку, можна сказа-

ти, що у дітей з неврозами «зникає дитинство», відібране дорослими, яким в дитинстві не довелося самим пережити щастя бути дітьми.

Несприятлива життєва ситуація, в якій відбувається формування особистості дітей, невідповідність відносин батьків психофізіологічним можливостям і особистісним особливостям, як і збіг психотравмуючих життєвих обставин в цілому, є джерелом постійного психічного напруження, переживань нерозв'язного конфлікту, є стресовим чинником в психічному розвитку.

Психічна травматизація і блокування емоцій - два фактори, патологічно збуджуючих і одночасно гальмуючих активність ведучої, правої, півкулі, що доповнюється «лівостороннім», раціонально перевантаженим вихованням. Тоді негативні емоції, в тому числі занепокоєння і страхи, які продукуються правою півкулею, при відсутності можливості їх відреагування переробляються в тривогу, нав'язливі побоювання і сумніви, тобто в тривожно-недовірливий тип реагування. Подальший депресивний зсув настрою у дітей з неврозами - результат наростаючого гальмування правої півкулі з гіпертрофованою, зміненою активністю лівої, що пояснює розвиток болісно загостреної совісності, принциповості, почуття обов'язку і труднощі компромісів, поряд з появою відчуття тривоги і гальмування рис у характері.

Кожен вік по-своєму чутливий до деяких боків відносин батьків. Так, в дошкільному віці особливою психотравмуючою значущістю володіє розлука з матір'ю, яка перешкоджає формуванню адекватного почуття прихильності і пов'язана перш за все з приміщенням в дитячий садок. У цьому ж віці патогенно значуща боротьба з темпераментом і впертістю дітей, що формується почуттям «Я». У молодшому дошкільному віці особливої вразливості набуває почуття любові і емоційний розвиток в цілому, які легко пошкоджуються в ситуації сімейного конфлікту, появи брата чи сестри, надмірної суворості і принциповості в поведженні з дітьми. Пік потреби в любові у 4-річних дітей часто не збігається з відповідним почуттям любові у матері, що запізнюється з його проявом.

У старшому дошкільному віці (5-7 років) травмуюче діють: якщо батько йде з сім'ї (для хлопчиків); відсутність адекватної моделі ідентифікації з батьком тієї ж статі, знову ж частіше у хлопчиків, що ускладнює їх взаємодію з однолітками; ізоляція від спілкування з ними за допомогою нав'язуваного контакту з дорослими; надмірна опіка і тривога батьків, які посилюють вікові страхи у дітей, що підривають їх впевненість в собі.

У молодшому шкільному віці підвищена чутливість буде відносно шкільних успіхів, інтелектуального навантаження, почуття відповідальності, яке не може виправдати дитина. У підлітковому віці чутливими зонами будуть такі особистісні характеристики, як самосвідомість і самоповага, психічна інтеграція, інтереси і захоплення.

Переважаючими патогенними сторонами відносин батьків в дошкільному віці дітей є недостатня емоційна чуйність, блокування емоцій, почуття «Я» і темпераменту, надмірно рання соціалізація і надмірний рівень моральних обмежень і заборон. У шкільному віці більшого значення набувають не-

довіра до можливостей дітей, надлишок контролю за уроками, інтелектуальний пресинг і упередженість в оцінках.

Поява в цих умовах травмуючого життєвого досвіду і нервово-психічної напруги стає особливо помітними при відсутності можливості своєчасного відреагування дітьми негативних емоцій і наявності необмежених подібних можливостей у батьків. Тут спрацьовує ефект «парового котла», що вибухає рано чи пізно при неухильному підвищенні тиску і відсутності клапана для його зменшення. Подібним критичним значенням «останньої краплі», «поштовху», «зриву ВНД» в класичному розумінні має гостро діюча психічна травма, коли декомпенсуються вже ослаблені сили організму, ще більше змінюючи його реактивність. Разом з попереднім високим рівнем нервово-психічної напруги це призводить до психогенного захворювання особистості, що формується. Тривалості його перебігу сприяють неадекватна реакція з боку батьків, не здатних зрозуміти витоки захворювання і перебудувати свої ригидно застигли відносини, а також загострена особистісна реакція дітей у відповідь на прогресуючі труднощі в здійсненні значущих цілей.

Афективно загострені особистісні проблеми при неврозах це проблеми пошуку свого «Я», свого місця в житті. Нерозв'язність цих спроб породжує з віком постійне відчуття незадоволеності собою і занепокоєння, що нерідко переходять в песимізм, розпач, стан безвиході і психологічного надлому, невіри в свої сили. Відображення цього ми бачимо у дорослих, що не витримують життєвих труднощів і легко втомлюються, які залишаються в душі примхливою, свавільною, вразливою, образливою, боязкою і не здатною постояти за себе дитиною.

Виділяють три основні типи «неправильного» виховання:

- Неприйняття. Воно обумовлено цілим рядом усвідомлюваних і неусвідомлюваних чинників. Суть такого виховання полягає або в надмірній вимогливості батьків, жорсткій регламентації і контролі, або в нестачі контролю на ґрунті потурання.

- Гіперсоціалізація. Виникає на ґрунті відчуття тривоги батьків щодо здоров'я дитини та інших членів сім'ї, соціального статусу дитини серед однокласників і особливо її успіхів у навчанні, так само як і в ставленні до соціального статусу інших членів сім'ї. Виявляється в надмірній стурбованості майбутнім дитини та її сім'ї.

- Егоцентричність. Спостерігається в сім'ях з низьким рівнем відповідальності, коли дитині нав'язується уявлення «Я великий» як самодостатньої цінності для оточуючих.

Параметри виховного процесу.

1. Інтенсивність емоційного контакту батьків по відношенню до дітей:

а) гіперопіка; б) опіка; в) прийняття; г) неприйняття.

2. Параметр контролю: а) дозвільний; б) допускаючий; в) ситуативний; г) обмежувальний.

3. Послідовність - непослідовність.

4. Афективна стійкість - нестійкість.

5. Тривожність - нетривожність.

Риси патогенних типів виховання:

1. Низька згуртованість і розбіжності членів родини з питань виховання.

2. Висока ступінь суперечливості, непослідовності, неадекватності.

3. Виражена ступінь опіки і обмежень в будь-яких сферах життєдіяльності дітей.

4. Підвищена стимуляція можливостей дітей і в зв'язку з цим часте застосування погроз, засуджень.

Визначальну роль в патогенезі неврозу відіграє психологічний, внутрішній конфлікт, який являє собою несумісність, зіткнення суперечливих відносин особистості. Притаманні конфлікту переживання стають джерелами захворювання лише в тому випадку, коли займають центральне місце в системі відносин особистості і коли конфлікт не може бути перероблений так, щоб зникла патогенна напруга, і був знайдений раціональний продуктивний вихід з виниклого положення.

Провідний зміст патогенного конфлікту при неврозах - це невідповідність виховання можливостям дитини і досвіду становлення її «Я». В основі цього патогенного конфлікту лежить конфлікт між «Я» і «Ми», коли дитина хоче, але не може увійти в референтну групу «Ми» (спочатку це сім'я, потім група однолітків).

Психогенні зміни, що формують особистість дітей, пояснюються невдадо і драматично пережитим досвідом міжособистісних відносин, відсутністю можливості створення «Я-концепції» з витікаючими з цього нестійкістю самооцінки, болісно-чутливим, емоційно нестійким і тривожно невпевненим «Я». Подібний психогенно перекручений образ «Я» відрізняється від сформованого образу «Я» ідеального стандарту і стандарту культури і свідчить про невротичну дезінтеграцію процесу формування особистості дитини, її суперечливу внутрішню позицію. Невротична дезінтеграція «Я» переживається спочатку як неможливість відповідати вимогам та очікуванням батьків і залишатися в той же час самим собою, надалі - як невідповідність нормам спілкування, прийнятим серед однолітків.

Це внутрішнє протиріччя є джерелом постійної боротьби мотивів, напруженості і занепокоєння, які ведуть, з одного боку, до компенсаторної гіпертрофії власного «Я» у вигляді егоцентризму, загостреного самолюбства, а з іншого боку - до розвитку нав'язливою концепції «не-Я», несумісної з установками і можливостями дитини.

Все це перешкоджає розвитку емпатії, прийняття нових ролей, призводить до негнучкості поведінки, її захисному характеру, звуження кола спілкування, появі «псевдо-Я» як сукупності патологічних, які не контролюються свідомістю, мотивацій.

3.4 Діагностична робота з контингентами ризику

До теперішнього часу діагностика неврозів у дітей є недосконалою. Одні фахівці відносять до неврозів все клінічні форми психомоторних порушень: тики, заїкання, енурез, що в корені невірно. Інші зараховують їх в неврозоподібні розлади, що також не завжди відповідає дійсності. Істина десь посередині, але, щоб встановити її і правильно діагностувати неврози в цілому, в тому числі ускладнені психомоторними порушеннями, потрібні спеціальна, психоневрологічна кваліфікація і особливі умови прийому. Психоневрологічна кваліфікація включає психіатричну, неврологічну, психологічну та психотерапевтичну підготовку.

Своєчасна психотерапія дозволяє також зменшити кількість дітей з неврозами, які часто хворіють соматичними захворюваннями. Так, дані показують значне (в 2-3 рази) зменшення захворюваності дітей з неврозами після проходження курсу психотерапії (доповненої медикаментозною терапією). За допомогою сімейно орієнтованої психотерапії вдається запобігти кризовим ситуаціям в подружніх і батьківських відносинах і цим уникнути розлучення, загроза якого досить часто зустрічається в розглянутих сім'ях. Не слід забувати і про те, що поява другої дитини в сім'ї, якщо перша тривалий час хворіє на невроз, малоймовірно, тому що батьки побоюються повторення нервово-психічної патології. Навпаки, при своєчасному та ефективному лікуванні первістка збільшується ймовірність народження інших дітей.

Для успішного проведення психодіагностики та психокорекції необхідно знати особливості психічного розвитку дітей у преневротичних станах (в порівнянні з нормою).

➤ Афективно-емоційна сфера.

Джерелом емоційних станів дитини є відносини з батьками, потім і з однолітками. У нормі дитина перебуває в стані емоційного комфорту. У преневротиків виникає конфлікт: з одного боку, сильна потреба в любові, прихильності, з іншого – неможливість успішно реалізувати цю потребу. Зовні це виражається в підвищеній афективної, агресивності або замкнутості, пригніченості. Часто такі діти легко збудливі, імпульсивні, полохливі.

➤ Спілкування, соціальні відносини.

Преневротична дитина зазнає серйозних труднощів у контактах з однолітками. В основі таких труднощів лежать внутрішні конфлікти невротика. У нього є потреба в контактах з іншими людьми, але вона обмежується боязню зазнати фіаско, виявитися неспроможним. Тому дитина або цурається інших дітей, або вступає з ними у конфлікт. Бар'єр у спілкуванні перешкоджає формуванню досвіду в даній сфері, що вдруге призводить до невміння вступати в контакти з іншими людьми.

➤ Вольова сфера (довільність поведінки).

Дитина в нормі починає віддалятися від дорослого, прагне діяти самостійно, намагається відтворити діяльність дорослого в грі. В результаті відбувається формування довільної поведінки, засвоєння зразків поведінки, підпо-

рядкування вчинків зразкам. Поступово, слідуючи оцінками дорослого, дитина починає сама оцінювати свою поведінку.

У преневротики через невирішені проблеми в області відносин з дорослими надовго зберігається сильна прихильність до батьків, затримується перехід до самостійності. Сильна залежність дитини від дорослого заважає формуванню довільної поведінки. Обраний дитиною спосіб самоствердження носить характер негативних реакцій, афективних спалахів, егоцентризму.

➤ Мотиваційна сфера.

Супідрядність мотивів є менш стійкою, характерна наявність безлічі суперечливих тенденцій, ієрархія мотивів має відмінну від норми побудову. У нормі на перше місце виходять громадські, моральні мотиви. У преневротики велику роль відіграють мотиви, що лежать в сфері взаємин з дорослими. Підвищену значущістю має мотив самоствердження.

➤ Самосвідомість і самооцінка.

У преневротики самооцінка має конфліктну побудову. З одного боку, це високий рівень домагань, з іншого – невіра в свої сили. Така дитина всіляко уникає ситуацій, що вимагають перевірки його реальних можливостей, ухиляється від змагальних ігор. У нормі – досить вірне усвідомлення своїх достоїнств і недоліків.

➤ Психологічний захист.

Преневротики мають проблеми у соціальній адаптації. Вони виявляють неспроможність у багатьох важких життєвих ситуаціях, компенсація таких дітей невдала, вони використовують неадекватні способи захисту. Не можуть позбутися відчуття тривоги і невпевненості в собі, що виникають у важких ситуаціях. Реакції неадекватні. Це або відхід від боротьби, але проблема залишається всередині, або – агресія, яка породжує нові труднощі. Таким чином, у дитини з наявністю преневротикичного стану психологічний захист не виконує свої функції. Ослаблення психологічного захисту призводить до того, що зовнішній конфлікт переходить у внутрішній, роблячи негативний вплив на емоційний стан дитини.

Особливості діагностичної роботи з невротичними дітьми:

1. Комплексність. Застосування набору психологічних методик і експериментів, спрямованих на вивчення різних сторін психічних процесів, властивостей, особистісних якостей і форм діяльності.

2. У діагностичний процес включається і дитина, і батьки. Діагностика проблем дитини здійснюється в контексті діагностики психологічних проблем його сім'ї.

3. Необхідно вивчати не тільки актуальний стан дитини і статус сім'ї, а й особливості розвитку на попередніх етапах, а також – сімейні відносини в ретроспективі.

4. Необхідно дотримуватися принципу активності самих досліджуваних. Тобто все діагностичні процедури повинні бути особистісно мотивовані, діагностика фахівця повинна перетворюватися в самодіагностику.

5. Діагностика та корекція здійснюються практично одночасно на всьому протязі роботи.

Основним змістом психокорекційного впливу стає створення концентрованого, емоційно насиченого досвіду нових соціальних відносин в родині, як між подружжям, так і між дітьми і батьками.

3.5 Загальна характеристика психокоррекционного комплексу для дітей з нервово-психічними розладами.

Профілактика неврозів у дітей та підлітків насамперед заснована на психогігієнічних заходах, спрямованих на нормалізацію внутрішньосімейних стосунків і корекцію неправильного виховання. З огляду на важливу роль в етіології неврозів особливостей характеру дитини, доцільні виховні заходи по психічному загартовуванню дітей з гальмуванням і тривожно-недовірливими рисами характеру, а також з невропатичними станами. До таких заходів належать формування активності, ініціативи, навчання подоланню труднощів, дезактуалізація обставин, що лякають (темрява, розлука з батьками, зустріч з незнайомими людьми, з тваринами і т.п.). Важливу роль відіграє виховання в колективі з певною індивідуалізацією підходу, підбором товаришів певного складу характеру. Певна профілактична роль належить також заходам щодо зміцнення фізичного здоров'я, перш за все занять фізкультурою і спортом. Чимала роль належить психогігієні розумової праці школярів, попередження їх інтелектуальних та інформаційних перевантажень.

Оскільки причиною неврозів є психотравмуючі впливи, попередження їх грає велику роль у профілактиці неврозів. Соціальні заходи, що ведуть до усунення непевності в завтрашньому дні, поваги особистої гідності людини, нормалізації житлових, побутових умов і т.п., сприяють ліквідації деяких джерел психічної травматизації, що викликає захворювання, і тим самим попереджають виникнення неврозів.

Всі фактори, що ведуть до астенізації нервової системи, разом з тим призводять й до виникнення неврозів. Тому для їх профілактики велику роль відіграє боротьба з гострими і хронічними інфекціями, травмами мозку, в тому числі родовими, гострими і хронічними інтоксикаціями, порушеннями харчування організму і іншими шкідливостями, а також достатня кількість відпочинку і сну. Недосипання, особливо в дитячому віці, є однією з найбільш частих причин розвитку астенічних станів.

Дитина, якій з дитинства було все дозволено, яка росла розпещеною, егоїстичною, яка не звикла рахуватися з інтересами інших, може в подальшому легше дати зрив в умовах, коли від неї буде потрібна велика витримка. При неправильному вихованні у дитини виникають уявлення, які можуть зробити її особливо чутливою до дії певних, адресованих до неї, подразників, що легко перетворюються в «хворі пункти». Так, наприклад, у дитини, яку весь час захвалюють, розвивають марнославство, уявлення про її нібито перевагу над іншими, нервовий зрив особливо легко може наступити під впливом невдачі,

яка спіткала її при здійсненні цих прагнень. Шкідливим є також прищеплення дитині уявлень про її неповноцінність, надмірна фіксація її уваги на наявній, дійсній або уявній нестачі, а також придушення її ініціативи, і вимога від неї непомірної слухняності. Це може сприяти розвитку таких рис характеру, як невпевненість у собі, помисливість, боязкість, нерішучість, і призводить тим самим до захворювання психастенією.

Важливо оберігати дитину від шкідливих впливів. Потрібно уникати говорити при дітях про тяжкі хвороби, щоб не породити страх перед ними. Вселяти їм, що здоров'я - це природний стан людини і що вони будуть здорові, якщо будуть вести нормальний спосіб життя; що не треба боятися ні спеки, ні холоду, ні дождю, ні вітру і вміти все переносити стійко, без скарг, без сліз.

Одним з частих джерел неврозів у дітей є нездорові відносини між батьками і особливо відхід батька або матері з родини. Дитина не повинна бути свідком сварок між батьками і тим більше не повинна залучатися в якості судді вчинків одного з них. В інтересах дитини не слід визивати у неї почуття ненависті до батька, який пішов, забороняти з ним зустрічатися, а потрібно, навпаки, по можливості пом'якшити те, що сталося, зберегти її відношення з минулим, роз'яснити, що хоча батько пішов з тих чи інших мотивів, батько або мати тепер жити з сім'єю не буде, це не означає, що він її залишив. При цьому розрив між батьками є надзвичайно важкою драмою для дитини.

Для профілактики рецидивів неврозів дуже важливо змінити ставлення людини до психотравмуючих подій, вплинути на ті характерологічні особливості, які роблять її до них особливо чутливою. З успіхом з цією метою може бути використано навіювання та самонавіювання. Для попередження розвитку важких, затяжних форм захворювання має значення також їх раннє розпізнавання і лікування.

Характеристики психокорекційного впливу:

1. При використанні прийомів психокорекції психолог не може оперувати такими поняттями як узагальнена норма (вікова, статева, нозологічна і ін.), тобто необхідно реалізовувати індивідуальний підхід. Визнаються права самої людини взяти з психокорекційних можливостей те, що вона виявиться в стані взяти або те, що захоче. Психологічне завдання - створити умови якнайповнішого особистісного зростання, але не підштовхувати учасників до досягнення певних, заздалегідь регламентованих результатів.

2. Необхідно використовувати природні рушійні сили психічного і особистісного розвитку. Такими силами є: діяльність людини; система відносин, які особистісно значущі, індивідуально забарвлені, по відношенню до яких є гострі, емоційно насичені переживання.

3. Слід створити специфічну взаємодію психолога з учасниками. Специфічність контакту пов'язана з визнанням не суб'єкт-об'єктного, а суб'єкт-суб'єктного, діалогічного спілкування.

4. Результатом впливу має стати виведення площинного бачення ситуації в просторове, відкриття нових шляхів для вирішення проблемних ситуацій.

Загальна характеристика психокорекційного комплексу.

Блок 1 - діагностичний.

Цілі:

- Діагностика психологічних факторів ризику.
- Формулювання психологічних факторів ризику для кожної сім'ї.
- Формулювання загальної програми психокорекції.

Методи:

- Психологічний аналіз біографічної інформації.
- Патопсихологічне обстеження дітей в присутності батьків.
- Психологічний аналіз ігрової діяльності дитини.
- Психологічний аналіз гри дитини з батьками.
- Діагностика самооцінки дитини і усвідомлення свого внутрішньосімейного положення і відносин з дорослими.
- Психологічний аналіз мотивів виховання по біографічним даним.
- Діагностика подружніх комунікацій.
- Вивчення психологічного клімату сім'ї.

Блок 2 - інсталяційний.

Цілі:

- Зняття тривожності у зв'язку з переживанням гострої внутрішньосімейної кризи.
- Підвищення впевненості батьків у можливості досягнення позитивних змін у поведінці дитини і в стосунках у родині.
- Переформулювання запиту, цілей психологічної корекції.
- Створення активної установки на психокорекційну роботу.

Методи:

- Психологічний аналіз щоденникових записів.
- Методика «Батьківські збори».

Блок 3 - корекційний.

Цілі:

- Гармонізація процесу розвитку дитини.
- Перехід від негативної до позитивної фази критичного періоду.
- Гармонізація ігрової діяльності.
- Досягнення «відкриття Я».
- Подолання внутрішньосімейної кризи.
- Розширення сфери усвідомленості мотивів виховання.
- Зняття протиріч між різними мотиваційними тенденціями.
- Зміна батьківських установок і позицій, навчання батьків новим формам спілкування з дитиною, розширення знань про психологію сімейного виховання.

Методи:

- Ігрова групова корекція для дітей.
- Групова корекція для батьків.
- «Батьківський семінар».
- Спільні заняття батьків з дітьми.

Блок 4 - оцінка ефективності.

Цілі:

- Оцінка змін в психологічних факторах ризику в процесі корекції.
- Оцінка ефекту корекції.

Методи:

- Самозвіт батьків.
- Спеціальні експериментальні процедури.
- Оцінка ступеня стійкості ліквідації дезадаптивної поведінки у дітей.

Психокорекція здійснюється протягом 3 - 3,5 місяців два рази на тиждень.

Питання та завдання для самоконтролю

1. Які причини виникнення дитячих неврозів?
2. Що таке гостра психічна травма?
3. Що таке хронічна психічна травма?
4. Преневротичні патохарактерологічні радикали - це ...
5. Як впливає дисгармонія сімейних відносин на розвиток дитини?
6. Охарактеризуйте типи «невротичних» подружніх пар.
7. Дайте характеристику «негативних» типів виховання.
8. Охарактеризуйте гіперсоціалізуюче виховання.
9. Назвіть основні відмінності егоцентричного типу виховання.
10. Назвіть параметри виховного процесу.
11. Які риси патогенних типів виховання?
12. Сформулюйте зміст патогенного конфлікту при неврозах.
13. На яких теоретичних положеннях базується психокорекція дитячих неврозів?
14. Які особливості діагностичної роботи з контингентами ризику?
15. Назвіть основні відмінності психічного розвитку дітей у преневротичних станах.
16. Дайте загальну характеристику психокорекційного комплексу при роботі з невротичними дітьми.

Рекомендована література

1. Захаров А.И. Психотерапия невротизма у детей и подростков. М., МГУ, 1982.
2. Херсонский Б.Г., Дворяк С.В. Психология и психопрофилактика семейных конфликтов. К.: Здоровье, 1991.
3. Исаев Д.Н. Психопрофилактика в практике педиатра. Л., 1984.
4. Психогигиена детей и подростков / Под ред. Г.Н. Сердюковской. М., 1985.
5. Спиваковская А.С. Профилактика детских невротизмов. М., 1998.
6. Бурменская Г.В., Карабанова О.А., Лидерс А.Г. Возрастно-психологическое консультирование. Проблемы психического развития детей. М., МГУ, 1990.

ТЕМА 4. ПСИХОГІГІЄНА І ПСИХОПРОФІЛАКТИКА АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ

- 4.1. Загальна характеристика адиктивної поведінки.
- 4.2. Причини виникнення адиктивної поведінки.
- 4.3. Вибір об'єктів адикції. Динаміка адиктивної поведінки.
- 4.4. Загальна характеристика корекційних антиадиктивних програм.

4.1 Загальна характеристика адиктивної поведінки

Сучасне суспільство характеризується кризовими явищами в багатьох сферах суспільного життя. Важкі соціально-економічні умови в Україні значною мірою ускладнюють реальність. Відбувається різка зміна звичних стереотипів, дестабілізація фінансового становища і ситуації на ринку праці. Для багатьох не вирішена житлова проблема. Ці та багато інших чинників сприяють втраті почуття безпеки у значної частини населення нашої країни. Виникає реальна проблема страху перед дійсністю. Цей страх породжує прагнення піти від реальності. Більшою мірою до цього страху схильні люди з низькою переносимістю труднощів і низькими адаптаційними здібностями. У пошуках засобів захисту від напруги, дискомфорту, стресу такі люди часто вдаються до стратегій адиктивної поведінки.

Суть адиктивної поведінки полягає в тому, що прагнучи піти від реальності, люди намагаються штучним шляхом змінити свій психічний стан, що дає їм ілюзію безпеки, відновлення рівноваги. Існують різні види адиктивної поведінки, як фармакологічного, так і нефармакологічного характеру. Вони являють собою серйозну загрозу для здоров'я (фізичного і психічного) не тільки самих адиктів, а й тих, хто їх оточує. Значної шкоди наноситься міжособистісним відносинам. Поряд з екологічними проблемами навколишнього середовища, адиктивна поведінка стає реальною проблемою екології особистісних ресурсів, що є важливою ланкою в повноцінному функціонуванні суспільства і подальших його перспективах.

В умовах, що склалися, на наш погляд, особливої уваги заслуговують проблеми профілактики адиктивної поведінки.

Адиктивна поведінка - одна з форм деструктивної поведінки, яка виражається в прагненні до відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних предметах або активностях (видах діяльності), що супроводжується розвитком інтенсивних емоцій. Цей процес настільки захоплює людину, що починає керувати її життям. Людина стає безпорадною перед своєю пристрастю. Вольові зусилля слабшають і не дають можливості протистояти адикції.

Вибір адиктивної стратегії поведінки обумовлений труднощами в адаптації до проблемних життєвих ситуацій: складні соціально-економічні умови, численні розчарування, крах ідеалів, конфлікти в родині і на виробництві, втрата близьких, різка зміна звичних стереотипів. Реальність така, що прагнення до психологічного і фізичного комфорту не завжди можливо реалізува-

ти. Для нашого часу характерно і те, що відбувається дуже стрімке наростання змін у всіх сферах суспільного життя. Сучасній людині доводиться приймати все зростаючу кількість рішень в одиницю часу. Навантаження на системи адаптації дуже велика.

Адиктивна особистість шукає свій універсальний і дуже односторонній спосіб виживання - відхід від проблем. Природні адаптаційні можливості адикта порушені на психофізіологічному рівні. Першою ознакою цих порушень є відчуття психологічного дискомфорту. Психологічний комфорт може бути порушений з різних причин, як внутрішніх, так і зовнішніх. Перепади настрою завжди супроводжують наше життя, але люди по-різному сприймають ці стани і по-різному на них реагують. Одні готові протистояти примхам долі, брати на себе відповідальність за те, що відбувається і приймати рішення, а інші насилу переносять навіть короточасні і незначні коливання настрою і психофізичного тону. Такі люди мають низьку переносимість фрустрацій. Як спосіб відновлення психологічного комфорту вони вибирають адикцію, прагнучи до штучної зміни психічного стану, отриманню суб'єктивно приємних емоцій. Таким чином, створюється ілюзія вирішення проблеми. Подібний спосіб «боротьби» з реальністю закріплюється в поведінці людини і стає стійкою стратегією взаємодії з дійсністю. Привабливість адикції в тому, що вона являє собою шлях найменшого опору. Створюється суб'єктивне враження, що, таким чином, звертаючись до фіксації на якихось предметах або діях, можна не думати про свої проблеми, забути про тривоги, піти від важких ситуацій, використовуючи різні варіанти адиктивної реалізації.

Види адиктивної реалізації. Бажання змінити настрій по адиктивному механізму досягається за допомогою різних адиктивних агентів. До таких агентів відносяться речовини, що змінюють психічний стан: алкоголь, наркотики, лікарські препарати, токсичні речовини тощо.

Штучній зміні настрою сприяє також і залученість в якісь види активності: азартні ігри, комп'ютер, секс, переїдання або голодування, робота, тривале прослуховування ритмічної музики.

Види адиктивної поведінки мають свої специфічні особливості і прояви, вони не рівнозначні і за своїми наслідками. У адиктів, що зловживають алкоголем, наркотиками та ін. речовинами, розвивається інтоксикація, поряд з психологічною залежністю з'являються різні форми фізичної і хімічної залежності, що пов'язано в свою чергу з порушенням обміну речовин, ураженням органів і систем організму, спостерігаються психопатологічні явища і особистісна деградація. При залученості в якусь діяльність розвивається психологічна залежність, м'якша за своїм характером. Але всі ці види об'єднують спільні адиктивні механізми.

Причини залежності від алкоголю, тютюну, солодощів або мобільника - однакові. Людина намагається «зачепити» свої задоволення за щось у зовнішньому світі.

Адиктивна поведінка спочатку створює ілюзію вирішення проблеми, порятунку від стресових ситуацій шляхом уникнення їх. Але, зароджуючись в

глибині психіки, адиктивний підхід характеризується встановленням емоційних стосунків не з іншими людьми, а з неживими предметами або явищами. Відбувається заміна міжособистісних відносин проекцією своїх емоцій на предметні сурогати. На свідомому рівні для захисту використовується механізм, який в психології називається «мислення за бажанням». Тобто людина всупереч логіці причинно-наслідкових зв'язків вважає реальним лише те, що відповідає її бажанням, зміст мислення при цьому підпорядкований емоціям. Тому неможливо або дуже важко переконати таку людину в неправильності, небезпеці її підходів. Особи, які близько стикаються з адиктом, часто потрапляють в залежність від нього і стають керованими ним. Для адикта типова гедоністична установка в життя, тобто прагнення до негайного отримання задоволення за будь-яку ціну.

Адикція стає універсальним способом втечі від реального життя. Зміна настрою в процесі адиктивних реалізацій створює ілюзію внутрішнього благополуччя. Використовувані предмети замінюють живих людей. Однак існує й інша сторона: люди, що оточують адикта, сприймаються ним як об'єкти, предмети для маніпуляції, а це призводить до наростання негативних відносин з боку знайомих і близьких і сприяє посиленню соціальної ізоляції. Страждає також і ставлення до самого себе, воно стає механістичним, вкрай спрощеним, часто підпорядковується схемі.

Будь-які міжособистісні відносини характеризуються динамікою, в процесі контактів з людьми відбувається обмін думками, взаємне збагачення, засвоєння досвіду. Людина зустрічається з новими ситуаціями, підходами, що стимулює її розвиток. Адиктивні відносини з предметами-сурогатами позбавлені динаміки, відбувається фіксація на основних рисах заздалегідь передбачуваної емоції, яка досягається вже звичним способом. Таким чином, відносини адиктивного типу виявляються більш стабільними і передбачуваними, ніж природні відносини з людьми. Однак це затримує розвиток особистості.

Поведінка адиктів в міжособистісних відносинах характеризує ряд основних загальних особливостей.

Знижена переносимість труднощів обумовлюється наявністю гедоністичної установки (прагненням до негайного отримання задоволення, задоволення своїх бажань). Якщо бажання адиктів не задовольняються, вони реагують або спалахами негативних емоцій, або відходом від проблем. Адикту не підходить формула Г.Сельє: «Стрес це аромат і смак життя». Для нього це загроза і привід до втечі. Це поєднується з підвищеною вразливістю, підозрілістю, що тягне за собою часті конфлікти.

Прихований комплекс неповноцінності знаходить своє відображення в частих змінах настрою, невпевненості, уникнення ситуацій, в яких їх здатності можуть бути об'єктивно перевірені.

Поверхневий характер соціальності і її обмеженість в часі поєднуються з загостреним прагненням справити на оточуючих позитивне враження. Алкогольні адикти, наприклад, справляють іноді враження своїм специфічним гумором на алкогольну тематику, розповідями про свої пригоди, прик-

рашаючи свої розповіді деталями, які не мають ніякого відношення до дійсності. Особливо добре це проявляється при груповому прийнятті алкоголю. У той же час спілкування на «довгу» дистанцію з ними складно, нецікаво. Адикти - нудні, одноманітні люди в повсякденному житті. Відносини з ними поверхневі, до глибоких позитивних емоційних відносин вони не здатні й уникають ситуацій, пов'язаних з ними.

Прагнення говорити неправду. Адикти часто не стримують своїх обіцянок, відрізняються необов'язковістю, недотриманням договорів. Прагнення звинувачувати невинних, навіть якщо відомо, що людина насправді не винна.

Відхід від відповідальності в прийнятті рішень і звалювання її на інших, пошук виправдувальних аргументів в потрібний момент.

Стереотипність, повторюваність поведінки. Стереотип поведінки легко передбачуваний, але його важко змінити.

Залежність проявляється у вигляді підпорядкування впливу інших людей з адиктивною спрямованістю. Іноді спостерігається пасивність, відсутність самостійності, прагнення до отримання підтримки.

Тривожність у адиктів тісно пов'язана з комплексом неповноцінності, залежності. Особливість полягає в тому, що в кризових ситуаціях тривожність може відступати на другий план, в той час як в звичайному житті вона може виникати без видимих причин або при події, які не є дійсним приводом для переживань.

4.2 Причини виникнення адиктивної поведінки

Передумови адиктивної поведінки як предмет дослідження сучасної науки вивчається в рамках системного походу - з точки зору біо-психо-соціо-духовної моделі залежності.

Вплив соціуму на формування адиктивних механізмів. Сім'я - це найперший інститут соціалізації дитини. Функціональне призначення сім'ї складається з важливих моментів. Чим більше функцій у кожній окремій сім'ї, тим багатшими є сімейні стосунки. Дисфункціональні сім'ї руйнують не тільки відносини, а й особистісні властивості. Патерни поведінки, засвоєні в таких сім'ях не можуть сприяти зміцненню цілісності особистості дитини і адекватному сприйняттю себе та інших людей. Для дітей з дисфункційних сімей ускладнені такі значущі для особистості процеси як прийняття об'єктивної складності навколишнього світу, повноцінна адаптації до постійно змінюваних умов, вміння приймати на себе відповідальність і робити вибір.

Функції сім'ї можуть змінювати свою значущість разом зі зміною соціальних умов. Порушенню реалізації функцій сприяють різні чинники: особистісні особливості членів сім'ї, низький рівень довіри і взаєморозуміння, умови життя, неповний склад сім'ї, недостатній рівень знань і навичок в культурі взаємин та вихованні дітей та ін. У зв'язку з проблемою адиктивної поведінки особливу значущість набуває емоційна функція, яка реалізується в задоволенні потреб членів сім'ї в симпатії, повазі, визнанні, емоційній підтримці,

психологічному захисті. З порушенням емоційної стабільності можуть розвинутиися і зміцнитися такі явища як підвищена тривожність, страх перед дійсністю, втрата почуття безпеки і недовіра до оточуючих.

Прояв батьками байдужості, відкидання, ворожості, неповаги, пред'явлення завищених вимог, систематичні покарання дитини - все це може сприяти формуванню у дитини базової ворожості по відношенню до батьків, відстороненості від найближчих людей, недовірі. Подібне ставлення до батьків в якісь момент може переноситися на ставлення до дорослих взагалі. Відсутність довірчих відносин багато в чому ускладнює процес соціалізації. Довіра у дитини зміцнюється тоді, коли її проблеми знаходять відгук у оточуючих, коли у важкий момент дитина знаходить підтримку (але не гіперопеку, яка позбавляє ініціативи). Дитині також важливо бути впевненою в тому, що вона важлива для оточуючих (в першу чергу для близьких людей) як «співучасник» (в кращому сенсі цього слова) у багатьох важливих подіях. Вона повинна бути впевнена в тому, що з її потребами і її точкою зору вважаються. Так дитина зможе реалізувати свою пристрасть до дорослішання. Дорослим не можна стати відразу. Дорослість починає формуватися в дитинстві.

Тут важливо відзначити, що і деякі психозберігаючі підходи у вихованні в спотвореному вигляді можуть внести свій вклад в ускладнення процесів адаптації. Часто дитяча психіка не оберігається там, де це необхідно, і з особливою ретельністю оберігається в тих випадках, коли доцільніше дати дитині можливість стати повноправним учасником тих чи інших подій, якийсь діяльності з правом вибору і з формуванням своєї позиції, своєї думки. Інфантильні дорослі, ймовірно, не торкалися в дитинстві до досвіду дорослого життя. Може тому, що їхнє дитинство дуже ретельно оберігалася від цього досвіду. Фраза «ти ще маленький», часом, сприймається дитячим мисленням не в тому контексті, в якому її вживають дорослі. Вона звучить як прямий батьківський припис: «Будь маленьким, залишайся маленьким». Ця фраза підживлює установку: «Я - маленький, безпомічний, мене потрібно опікати і оберігати, за мене потрібно брати відповідальність і приймати рішення, я потребую комфорту і захисту». Така позиція може запрограмувати стиль поведінки на все життя.

У формуванні адиктивних механізмів батьківське програмування має велике значення. Людина успадковує не тільки захворювання, але і спосіб взаємодії з середовищем. Тому якщо батькам властиво відчувати страх перед реальністю і шукати розради і захисту у відчуттях, що досягаються в контакті з адиктивними агентами, то і діти успадкують і цей страх і спосіб захисту - відхід від реальності. У виборі адиктивних агентів дитина може піти по лінії батьків або знайти свої способи. Соціальні проблеми дітей породжуються і іншими видами адиктивної поведінки батьків.

На особливу увагу заслуговує проблема співзалежності. Сім'ї з адиктивними батьками продукують людей двох типів: адиктів і тих, хто піклується про адикта. Таке сімейне виховання створює певну сімейну долю, яка виражається в тому, що діти з цих сімей стають адиктами, одружуються на певних

людях, які піклуються про них або одружуються з адиктами, стають тими, хто про них піклується (формування генераційного циклу адикції).

Члени сім'ї навчаються мові адикції, коли приходить час утворювати власні сім'ї, вони шукають людей, які говорять з ними одною адиктивною мовою. Такий пошук відповідних людей відбувається не на рівні свідомості. Він відображає більш глибокий емоційний рівень, тому що ці люди пізнають те, що їм потрібно. Батьки навчають дітей своїм стилям життя в системі логіки, яка відповідає адиктивному світу. Цьому сприяє емоційна нестабільність.

Важливий аналіз особливостей людей, що знаходяться в близьких відносинах з адиктом. Ми звикли вважати, що адикт негативно впливає на тих людей, які знаходяться поруч з ним. Але інша сторона цього явища полягає в тому, що ці люди можуть впливати на адикта певним чином, сприяючи адикції, провокуючи її, заважаючи корекції цієї адикції. Тут ми виходимо на проблему співзалежності. Співзалежними є люди, що створюють сприятливі умови для розвитку адикції. Адиктивною недугою вражена сім'я в цілому. Кожен член сім'ї грає конкретну роль, допомагаючи зловживанню. Виховуючи дітей поряд з адиктом, співзалежні передають дітям свій стиль, закладають в дітей незахищеність і схильність до адикції.

Також як адикт набуває понадзахопленості адиктивним агентом, також співзалежна людина все більше фокусується на адикті, його поведінці, вживанні ним адиктивного агента і т.д. Цей соадикт змінює свою власну поведінку у відповідь на стиль життя адикта. Зміна поведінки може включати спроби контролю над випивкою, над проведенням часу, над соціальними контактами, особливо з тими, хто теж має адиктивні проблеми. Співзалежний намагається за всяку ціну утримати світ у родині, прагне ізолювати себе від зовнішніх активностей. Він виявляється в своїй основі фіксованим на адикті і його стилі життя. Риси, характерні для співзалежності:

- комплекс відсутності чесності (заперечення проблем, проекція проблем на кого-то, зміна мислення настільки виражена, що воно носить характер надцінних утворень);
- нездатність розпоряджатися своїми емоціями здоровим способом (нездатність висловити свої емоції, постійне придушення емоцій, заморожені почуття, відсутність контакту з власними почуттями, фіксація на якійсь одній емоції (образа, помста і т.д.) і невміння відволіктися від неї);
- нав'язливе мислення (вдавання до формально-логічного мислення, створення формули і підпорядкування всього цій формулі);
- дуалістичне мислення (так чи ні без нюансів);
- перфекціонізм;
- зовнішнє відчуття (спрямованість на інших);
- низька самооцінка внаслідок останнього;
- прагнення справити враження, створити враження, управляти враженнями, заснованими на почутті сорому;
- постійна тривожність і страх;
- ригідність;

- часті депресії і т.д.

Співзалежні змушені залежати від інших, щоб довести свою значущість. Їх головні цілі: визначити чого хочуть інші люди і дати їм те, чого вони хочуть. У цьому успіх співзалежних. Вони не уявляють собі життя наодинці з собою. Співзалежні намагаються маніпулювати і контролювати ситуацію. Вони намагаються зробити себе незамінними. Вони потребують того, щоб в них потребували. Часто беруть на себе роль мучеників, страждальців. Страждають заради того, щоб приховати проблему для блага людей. Співзалежні рятують адиктів від покарання, приховують те, що відбувається, як ніби нічого не відбувається, тим самим позбавляючи адикта будь-якої відповідальності за свою поведінку.

Поведінкові стратегії співзалежних осіб сприяють розвитку адиктивного процесу:

- почуття надмірної лояльності до адикта;
- бажання (щире) справитися з труднощами поведінки адикта;
- своєрідне почуття відповідальності за те, що у кого-то розвинулася адикція (на інтуїтивному рівні співзалежні це розуміють, і в якійсь мірі вони праві);
- прагнення зберегти положення, враження про сім'ю в суспільстві, респектабельність, запобігти виникненню небезпечних ситуацій (загрозу погіршення соціального статусу через адикції одного з членів сім'ї);
- бажання не руйнувати сім'ю;
- бажання пом'якшити агресію адикта;
- тиск інших людей (родичів, знайомих);
- уникнення допомоги ззовні (психологічної, медичної, і ін.);
- відсутність усвідомлення хвороби, характеру ситуації;
- підсвідоме бажання бути незамінним, необхідним для адикта (це бажання може перетворюватися в бажання здійснювати контроль і владу).

Освіта. Великий вплив на повсякденне життя і перспективи розвитку підростаючої людини надає школа. На школу покладаються найважливіші функції: передача знань, культурних і моральних цінностей, допомога в соціальній адаптації і виробленні адекватної соціальної поведінки, сприяння особистісному зростанню. Але не завжди школа виконує свої функції. Більш того, деякі освітні системи і підходи можуть сприяти формуванню та зміцненню адиктивних механізмів. Традиційна освіта саме несе на собі адиктивні риси - риси, спрямовані на розототожнення з дійсністю. Перш за все, це проявляється в подачі навчального матеріалу поза інтеграцією з реальним світом, орієнтованості на пріоритетність знання навчальних предметів, в акцентуванні корисності знань у контрасті з непередбачуваністю міжособистісних відносин. Нівелювання значущості міжособистісних відносин може відбуватися і через те, що школярів націлюють на всепоглинаючу навчальну працю, яка активно підкріплюється і заохочується. Завантаженість навчальною діяльністю і, часом, безмежне прагнення педагогів і батьків зайняти дітей настільки, щоб у них не залишалось часу на «всякі дурниці» (на думку дорослих), призводять

до того, що у дітей не залишається часу, щоб належати самим собі, грати, спілкуватися з однолітками. Замість того, щоб відбувалося розумне знайомство з реальністю, відбувається відрив від реальності. Діти таким чином відвернені від власних відчуттів, свідомих і несвідомих потреб, від самопізнання в найширшому сенсі цього слова. Так поступово формується невміння жити «тут і зараз». Не здобувши необхідного досвіду зіткнення з реальністю, при випадкових і закономірних зустрічах з проблемами реального світу, дитина виявляється безпорадною. Труднощі стають не ступенями розвитку, а явищами, пов'язаними із страхом, невпевненістю і дискомфортом, чого хочеться уникнути будь-якими засобами. Фрустрація настає не тільки тому, що виникла проблема, а й тому, що з'являється необхідність прийняти рішення, зробити вибір, взяти на себе відповідальність за те, що трапилося і за наслідки.

Школа не тільки не перешкоджає однобічній фіксації на навчальній діяльності або окремих її видах, але може сама провокувати цю фіксацію, підкріплювати її як бажану діяльність. Нерідкі випадки, коли колишні відмінники, обдаровані діти, стаючи дорослими, але зберігши звичну стратегію уникнення та пошуку відчуттів, вибирають такі важкі форми адиктивної поведінки як алкоголізм чи наркоманія.

Засоби масової інформації. Не менш важливим інститутом соціалізації є засоби масової інформації. Їх заслуга велика у багатьох сферах суспільного життя: культурі, політиці, економіці, освіті та вихованні і ін. Але разом з тим, вони вносять свій внесок у відрив людей від реальності, пропонуючи цілу індустрію відчуттів натомість повноцінних взаємин, дають готові зразки думок і вчинків.

Телебачення більшою мірою роз'єднує людей. Вони розучуються спілкуватися. Члени сім'ї можуть вечорами після роботи і навчання збиратися біля екрану на кілька годин, перекидаючись лише репліками з приводу переглянутого, але не приділивши уваги проблемам та інтересам один одного. Багато хто знаходить в телебаченні ефективний, на їх погляд, засіб відходу від проблем. Часом екранні персонажі говорять про те, що реальність нудна, складна, непередбачувана, і тому треба відволіктися, розслабитися, відпочити. Деякі люди можуть прийняти це як формулу виживання і зробити для себе висновок, що робити якісь дії, переорганізувати свій життєвий план - це все великі витрати, що краще просто відсторонитися. Емоційна подача матеріалу може сприяти швидкому і міцному засвоєнню подібних формул.

Релігія відіграє важливу роль в історії, культурі та моральному кодексі суспільства. У важкий для людини час вона звертається до релігії, і та дає їй віру, надію і сили для протистояння важким випробуванням. Релігія може стати великою силою, що допомагає пройти життєвий шлях з усіма його стражданнями, надійною опорою у важкі дні. Але, разом з тим, релігія може стати і силою, що веде від дійсності. Пошуки себе, прагнення до самовдосконалення приводять в світ релігійних ілюзій. Часом, непомітно для себе людина опиняється втягнутою в одну з релігійних сект, деструктивних за своєю

суттю. Під прикриттям благородної мети «прагнення до духовності» відбувається насильницьке (з боку керівників секти або гуру) відрив від дійсності.

Суспільство. Віддаючи належне неповторній індивідуальності кожної конкретної особистості, слід зауважити, що будь-яке суспільство в реальний історичний відрізок часу набуває деякі загальні ментальні параметри, що дозволяють говорити про психічне здоров'я нації. Сучасний період історичного розвитку характеризується з одного боку такими позитивними явищами, як відновлення свободи і демократії, руйнування тоталітарного режиму, повернення національного менталітету, деідеологізація суспільства, набуття особистістю своїх прав, свобод, релігійних переконань. З іншого боку, такі радикальні і стрімкі зміни в усіх сферах життя суспільства, при їх безумовній позитивній стратегічній оцінці, не можуть не надавати потужного стресуючого впливу на психіку більшості людей. Стрімко змінюється звичне середовище і формується нова обстановка, яка не має чітких орієнтирів, що сприяє розвитку і посиленню екзистенційних страхів перед реальністю. Соціально-економічні труднощі загострюють міжособистісні конфлікти, що сприяє роз'єднанню членів суспільства. Втрата в кризовий час почуття внутрішнього комфорту, рівноваги, безпеки стає для багатьох вирішальним фактором у виборі адиктивної стратегії поведінки у відповідь на вимоги середовища. Зростає рівень алкоголізації і наркотизації суспільства. Все більше в ці адикції втягується молодь. Поряд з соціально-економічними факторами розвитку зміцненню лінії адиктивної поведінки сприяють деякі невірні переконання, стійкі стереотипи і установки. Перш за все, багато людей не схильні приймати на себе відповідальність за те, що з ними відбувається. Це в значній мірі породжує бездіяльність або пошук відповідальних. Так багато хто покладає відповідальність на уряд, начальство, своїх близьких і т.д. Дехто переконаний, що на все «воля божя», і від людини нічого не залежить. Своє поширення знаходить так зване магічне мислення, яке вирощує віру в кармічну безвихідь, в «свій хрест», в те, що від долі не втечеш.

Невміння і небажання жити в сьогоденні проявляється у понад цінному ставленні до минулого, коли люди живуть постійними спогадами про минуле. Вони занурюються в ностальгію, якщо минуле було світлою плямою в їхньому житті, або в глибоку вселенську скорботу, якщо минуле принесло багато болю і розчарування. На противагу цьому явищу спостерігається інше, коли людина занурена в фантазії про майбутнє, ілюзорно малює собі картини майбутнього в тому світі, в якому їй хотілося б його бачити, при цьому, не замислюючись про те, що вона сама могла би зробити щось реальне в сьогоденні, щоб забезпечити собі майбутнє.

Часом, в якості реклами різних видів адиктивної поведінки, може виступити таке близьке і необхідне всім нам відчуття, як почуття гумору.

4.3 Вибір об'єктів адикції. Динаміка адиктивної поведінки

Вибір об'єктів адикції залежить від їх доступності та традицій. Адикти легко можуть переходити від однієї форми адикції до іншої, зберігаючи при цьому основні механізми. Але перехід від однієї форми адиктивної поведінки до іншої створює ілюзію зникнення проблеми.

Динаміка адиктивної поведінки.

1. Початок відхилення. Переживання інтенсивної гострої зміни психічного стану у вигляді підвищеного настрою, почуття радості, екстазу, ризику і фіксація у свідомості зв'язку з цим. Природно, що люди, які відчують труднощі, стреси, незадоволені собою і світом, легше і швидше стають на шлях адикції, особливо при відсутності підтримки з боку рідних і близьких. Протистоїть адикції те, що називають духовністю. Це може бути почуття внутрішньої доцільності, почуття єдності з природою і світом, відчуття себе, як частини навколишнього світу і внутрішнього почуття відповідальності, сенсу життя, необхідності максимального самовираження. Чим раніше після початку розвитку адикції людині буде надана допомога, тим імовірніше можливість зупинки цього небезпечного хворобливого процесу. Якщо ж процес не зупинено, то відбувається формування наступного етапу.

2. Адиктивний ритм. Формування певної послідовності вдавання до засобів адикції. Частота залежить від багатьох факторів: особливості особистості до виникнення адикції, попередніх установок, особливості виховання, культурного рівня, навколишнього соціального середовища, значущих подій в житті, зміною роботи та ін. Ритм на цьому етапі корелює з життєвими труднощами, фрустраціями і визначається порогом переносимості цих труднощів: чим поріг нижче, тим ритм швидше. У проміжках - колишні міжособистісні відносини. Адикти як би пробують два шляхи - природний і штучний. Поступово адиктивний ритм стає частіше. Ситуації, що викликають адиктивну реалізацію, стають все більш різноманітними: все, що викликає душевний неспокій, тривогу, почуття психологічного дискомфорту, провокує адиктивну поведінку.

3. Формування адиктивної поведінки як інтегральної частини особистості. Почастішання адиктивного ритму призводить до того, що він стає стереотипним, звичним типом реагування, методом вибору при зустрічі з вимогами реальності. У таких людей під впливом різних обставин можуть виникати періоди, коли якась форма адиктивної поведінки тимчасово припиняє проявлятися. Такі періоди виникають в ситуаціях підвищеного контролю, особливої відповідальності. Однак якщо відбулося формування адиктивної поведінки як інтегральної частини особистості, цей блок залишається в психіці і завжди можливе повернення адиктивного ритму.

Слід враховувати і можливість іншого варіанта - переходу на нову форму адиктивної активності, чого навколишні довгий час не помічають. Наприклад, «сухий алкоголік»: припинив вживання алкоголю, але зберіг адиктивні

підходи. У загальній формі це виражається в явному дефекті в галузі природничих міжособистісних відносин.

Особи, зі сформованим адиктивним підходом користуються в повсякденному житті декількома формулами: «по суті я не потребую в людях; мені не потрібно щось вирішувати, якщо я цього не хочу; я боюся думати про свої життєві проблеми; речі для мене важливіше, ніж люди; я можу чинити так, як мені подобається, не звертаючи увагу на те, чи страждають від цього інші люди».

У адиктів сильно виражені захисні механізми, що виражаються в наполегливому запереченні наявності серйозних психологічних проблем. Вони сприяють збереженню ілюзорного почуття психологічного комфорту. Формування адиктивної ланки як інтегральної частини особистості супроводжується внутрішньою боротьбою. Незважаючи на наявність захисних механізмів, в основному на підсвідомому рівні виникає почуття тривоги, неблагополуччя. У них велике значення має відчуття відмінності від інших. Адикти стають несприйнятливими до критики, переконань на рівні здорового глузду.

4. Повна домінація адиктивної поведінки. Домінування адиктивної поведінки функціонує як система, що сама себе забезпечує, людина занурюється в адикцію, остаточно відчуженою від суспільства, ізольована, її внутрішнє вихідне «Я» зруйновано, залишається тільки зовнішня оболонка. Самі адиктивні реалізації не приносять колишнього задоволення, контакти з людьми ускладнені вже не тільки на глибинно-психологічному, але і на соціальному рівні. Втрачається навіть здатність до маніпулювання іншими людьми. Довіра до адикт втрачена, їх сприймають як «кінчених», ні на що не здатних людей. Характерні наростаючі економічні труднощі, відчуження від суспільства, самотність.

5. Катастрофа. Домінуюча адиктивна поведінка, в якій конкретній формі вона б не виявлялася, руйнує не тільки психіку, але й біологічні процеси, що відбуваються в організмі. Різні форми адикції вражають переважно ті чи інші органи і системи: азартні гравці страждають судинними спазмами, запамороченнями, болями в серці, стенокардією; люди, які переїдають - ожирінням, серцево-судинні розладами; алкоголіки - захворюваннями печінки, цирозами і т.д.

Переважаючим психічним станом є пригніченість або апатія. Такий настрій може провокувати спроби скоєння самогубств, які виникають імпульсивно, раптово. Основні мотиви суїцидальних спроб: відчай, неможливість знайти вихід, почуття безвиході, ізоляції та відчуження від світу, самотність.

4.4 Загальна характеристика корекційних антиадиктивних програм

Адиктивна стратегія взаємодії з дійсністю набуває все більших масштабів. Сформована в нашому суспільстві традиція боротися з наслідками не вирішує проблему належним чином. Боротьба з наслідками вимагає величезних витрат: фізичних, моральних, фінансових. Само по собі позбавлення від алкогольної або наркотичної залежності ще не означає повного зцілення. На жаль,

недооцінюється руйнівний характер загальних для всіх видів адиктивної поведінки механізмів, в основі яких лежить прагнення до відходу від реальності. Ці механізми не зникають зі зняттям залежності. Позбувшись від однієї залежності, людина може опинитися у владі іншої, тому що незмінними залишаються способи взаємодії з середовищем. Молоде покоління запозичує ці зразки. Але приділяти увагу важливо не тільки вкрай важким формам цього явища. Великої уваги вимагають до себе ті особи, чий відхід від реальності поки ще не знайшов свого яскравого вираження, хто тільки починає засвоювати адиктивні патерни поведінки в важких зіткненнях з вимогами середовища, хто потенційно може виявитися втягнутим в різні види адиктивної реалізації.

Успішна профілактика адиктивної поведінки повинна враховувати умови та механізми для забезпечення її виникнення. До цих умов відносяться: надмірна формалізація виховання, «забиття» людини в схему, перекриття каналів конструктивних форм самовираження, введення примітивних схем і еталонів на будь-яких рівнях і видах наукової і творчої діяльності. В результаті відбувається порушення змістоутворення, самобутності і безпосередності переживань.

Адиктивна поведінка можна бути припиненою або можливо змінити її зміст на більш прийнятний, менш деструктивний, якщо схильні до неї особи відчують внутрішню необхідність зміни, яка зазвичай виникає тоді, коли людина усвідомлює наявність кращої перспективи.

Профілактика адиктивної поведінки особливої значущості набуває в підлітковому віці. По-перше, це нелегкий кризовий період розвитку, що відображає не тільки суб'єктивні явища процесу становлення, але і кризові явища суспільства. А по-друге, саме в підлітковому віці починають формуватися дуже важливі якості особистості, звернення до яких могло б стати однією з найважливіших складових профілактики адикції. Це такі якості як прагнення до розвитку і самосвідомості, інтерес до власної особистості і її потенціалу, здатність до самостереження. Важливими особливостями цього періоду є поява рефлексії і формування моральних переконань. Підлітки починають усвідомлювати себе частиною суспільства і знаходять нові суспільно значущі позиції; роблять спроби у самовизначенні.

Етапами профілактичної діяльності є наступні складові:

- Діагностичний, що включає в себе діагностику особистісних особливостей, які можуть вплинути на формування адиктивної поведінки (підвищена тривожність, низька стресостійкість, нестійка «Я-концепція», низький рівень інтернальності, нездатність до емпатії, некоммунікабельність, підвищений егоцентризм, низьке сприйняття соціальної підтримки, стратегія уникнення при подоланні стресових ситуацій, спрямованість на пошук відчуттів і ін.), а також отримання інформації про стан дитини в сім'ї, про характер сімейних взаємин, про склад сім'ї, про її захоплення і здібності, про її друзів і інші можливі референтні групи.

- Інформаційно-просвітницький етап, який представляє собою розширення компетенції підлітка в таких важливих областях, як психосексуальний

розвиток, культура міжособистісних відносин, технологія спілкування, способи переборення стресових ситуацій, конфліктологія і власне проблеми адиктивної поведінки з розглядом основних адиктивних механізмів, видів адиктивної реалізації, динаміки розвитку адиктивного процесу і наслідків.

- Тренінги особистісного зростання з елементами корекції окремих особистісних особливостей і форм поведінки, що включають формування і розвиток навичок роботи над собою.

Профілактика адиктивної поведінки повинна торкнутися всіх сфер життя підлітка: сім'ї, освітнього середовища, суспільного життя в цілому.

У сім'ї для підлітка значущими факторами є емоційна стабільність і захищеність, взаємна довіра членів сім'ї. Підліток потребує помірного контролю його дій і помірної опіки з тенденцією до розвитку самостійності і вміння приймати відповідальність за власне життя.

У сфері освіти необхідно переглянути деякі підходи у вихованні і викладанні навчальних предметів. У зв'язку з проблемою адиктивної поведінки актуальні такі сторони шкільного життя, як адекватне навчальне навантаження дітей, надання особливої значущості особистісному аспекту, що стосується і дитячого, і педагогічного контингенту. Доцільно включення в освітній цикл предметів, інтегрованих курсів, спецкурсів та факультативів, спрямованих у своєму змісті на розширення обсягу знань про реальне життя. Дана інформація необхідна для здобуття свободи вибору, для розвитку адаптивних здібностей і розуміння важливості вміння жити в реальному житті і вирішувати життєво-важливі проблеми без страху перед дійсністю, і користуючись різноманітними активними стратегіями подолання стресу.

Повноцінна профілактика адиктивної поведінки неможлива без участі в ній засобів масової інформації – авторитетного і популярного пропагандистського органу. На представників цієї потужної індустрії повинна бути покладена моральна відповідальність за якість інформаційної продукції і за її зміст. У друкованих виданнях і телепередачах інформація для підростаючого покоління на даний час носить в основному розважальний характер. Діти сприймають засоби масової інформації, особливо телебачення, тільки як розвагу, що може відвести їх від проблем реального світу в цілому і проблем підліткового віку зокрема.

У підлітковому віці вирішальне значення набуває прагнення дітей знайти своє місце в суспільстві. У зв'язку з цим, дуже важливо, які зразки поведінки пропонує суспільство. У суспільному житті велику роль може грати система психологічної та соціальної підтримки підлітків, що забезпечує допомогу молодому поколінню в становленні, в здоровому задоволенні потреб.

Спрямованість на людей – своєрідна психологічна оберненість до людей – в істотній мірі залежить від того, наскільки самі люди, суспільство в цілому направлено на підростаюче покоління. Тому формування таких важливих якостей для міжособистісних відносин, як емпатія, доброзичливість, готовність до співпраці і ін. потрапляє під залежність від готовності суспільства відповідати підліткам тим же.

Неоціненний внесок у профілактику адикцій може внести культура релігійних почуттів, якщо вона орієнтована не на відхід від реальності тлінного світу, а, навпаки, наділяє людину вищою духовною і моральною силою для протистояння труднощам і адиктивним потягам. А також для формування шанобливого ставлення до своєї особистості і особистостей оточуючих, що стало б міцним фундаментом для будівництва міжособистісних відносин.

В антиадиктивних програмах слід орієнтуватися на наступні багаторівневі підходи:

1. Питання виховання.
2. Вплив переважно на емоційну сферу.
3. Міжособистісні підходи.
4. Фізичні вправи і види активності.
5. Стимулювання творчої діяльності.
6. Інтелектуальна активність.
7. Стимулювання соціальної активності.

Питання та завдання для самоконтролю

1. Що таке адиктивна поведінка?
2. Що таке «мислення за бажанням»?
3. Чим характеризуються міжособистісні відносини адикта?
4. Від чого залежить вибір об'єктів адикції?
5. Яка динаміка адиктивної поведінки?
6. Перелічите основні причини виникнення адиктивної поведінки.
7. Які типи виховання створюють більше високий ризик виникнення адикцій?
8. Як суспільство в цілому впливає на виникнення адиктивних відхилень?
9. Які умови й механізми необхідно враховувати при проведенні загальних психопрофілактичних заходів розвитку адиктивної поведінки?
10. Як створювати антиадиктивні психологічні програми?

Рекомендована література

1. Аванесян Г.Г. Особенности стратегий совладания и Я-концепции у людей, зависящих от психоактивных веществ: автореф. дисс. канд. психол. наук. – М., 2003 – 230с.
2. Белогуров С.Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях. Книга для всех. СПб.;М.-1998.
3. Березин С.В., Лисецкий К.С., Мотынга И.А. Психология ранней наркомании. – Самара. – 1997.
4. Братусь В.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. – М. – 1984.
5. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2002. – 240с.

6. Грузд Л.В. Психологические факторы и механизмы формирования алкогольной и наркотической зависимости / Актуальные проблемы психологии на современном этапе общественного развития: Сборник научных трудов / Под ред. М.Г. Рогова, В.Г. Иванова. – Казань: КГТУ, 2003. – 464с.

7. Дудко Т.Н., Котельникова Л.А. Формирование зависимости от азартных игр у молодежи и лиц зрелого возраста. - М., 2005г.- 270с.

8. Егоров А.Ю. Алкоголизация и алкоголизм в подростково-молодежной среде: личностные особенности, клинические проявления, половые различия. Вопросы психического здоровья детей и подростков.- М., 2003. – 286с.

9. Короленко Ц.П. Работоголизм – респектабельная форма аддиктивного поведения. – Обозр. психиат. и мед. психол., М.,1993 -240с.

10. Корченков В.И. Пьянство, алкоголизм, наркомания: причины и следствия / Медико-биологические и социальные аспекты наркологии: Сборник научных трудов. – М.: РГМУ, 1997 -230с.

11. Кулаков С.А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков. – М.: Смысл, 1998. – 195с.

12. Курек Н.С. Эмоциональное общение матери и дочери как фактор аддиктивного поведения // Вопросы психологии. – 1997. - №2.

13. Мизирене Р.В Психологическая зависимость от еды. М., 2005. -150с.

14. Пакина А.Ю. Личностно ориентированный подход к профилактике зависимости / Ежегодник Российского психологического общества: материалы III Всероссийского съезда психологов. – СПб.: СПб ГУ, 2003 – 257с.

15. Сельченко К.В. Психология зависимости. Хрестоматия. Харвест 2005 Минск., – 596с.

16. Смагин С.Ф. Аддикция, аддиктивное поведение, СПб.: МИПУ, 2000. – 250с.

17. Старшенбаум Г.В [Аддиктология. Психология и психотерапия зависимостей](#).-М., 2006. – 280с.

ТЕМА 5. ПСИХОПРОФІЛАКТИКА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

5.1. Поняття про суїцид. Історичний аспект дослідження суїциду.

5.2. Соціальні та психологічні чинники, супутні суїциду.

5.3. Психологічна діагностика суїцидальної поведінки. Психотерапевтична і консультативна допомога суїцидентам.

5.4. Психопрофілактика суїцидальної поведінки.

5.1 Поняття про суїцид. Історичний аспект дослідження суїциду

Існує безліч визначень поняття самогубства. Класичним вважається визначення, дане Емілем Дюргеймом. Самогубством називається будь-який випадок смерті, який безпосередньо або опосередковано є результатом позитивного або негативного вчинку, скоєного самим потерпілим, якщо цей останній знав про результат. Замах на самогубство це цілком однорідна дія, але не до-

ведена до кінця. Суїцид є усвідомленим позбавленням себе життя і, з цієї точки зору, самогубство є чисто людським свідомим, поведінковим актом.

Самогубством не вважається позбавлення себе життя через необережність самого потерпілого або особою, яка перебуває в стані неосудності. У цих випадках небезпечні для життя дії не направляються уявленнями про власну смерть, мають інші мотиви і цілі, і їх слід відносити до категорії нещасних випадків.

До саморуйнівної поведінки поряд з суїцидальною відносять, в ряді випадків, зловживання алкоголем, наркотичними, сильнодіючими медикаментозними засобами, куріння; навмисне робоче перевантаження; вперте небажання лікуватися; ризикований стиль водіння транспортних засобів, особливо керування автомобілем і мотоциклом в нетверезому стані; завзяте прагнення до поїздок в зони бойових дій; захоплення деякими видами спорту, коли воно пов'язане з невиправданим ризиком (наприклад, альпінізм, парашутний спорт і т.п.).

Суїцидальна поведінка – це будь-які внутрішні чи зовнішні форми психічних актів, які визначаються і направляються уявленнями про позбавлення себе життя. Суїцидальна поведінка проявляється в двох основних формах: зовнішніх і внутрішніх. До внутрішніх форм відносять суїцидальні думки (уявлення, переживання); суїцидальні тенденції (задуми, наміри). До зовнішніх форм – суїцидальні прояви; суїцидальні замаху (спроби).

Суїцидальні думки (уявлення, переживання) – пасивні роздуми про відсутність цінності, сенсу життя («жити не варто», «щастя в житті немає», «не живеш, а існуєш»), а також уявлення, фантазії на тему своєї смерті, але не позбавлення себе життя («добре б померти», «хочеться заснути і не прокинутися»). Суїцидальні думки в нормі бувають практично у всіх людей при усвідомленні нерозв'язності якого-небудь конфлікту або психотравмуючої події, але вони не переходять в суїцидальні тенденції.

Суїцидальні тенденції (задуми, наміри) – активні і серйозні роздуми, розробка плану суїциду, визначення способів здійснення самогубства, часу, місця його здійснення. У зовнішній поведінці можливі прояви спонукань до безпосереднього здійснення суїцидального задуму. Майже всі суїциденти в цей період висловлюють в тій чи іншій формі суїцидальні наміри комунібудь з близьких, друзів або колег, іноді у вигляді натяків або в жартівливій формі (суїцидальні прояви). Причому близько 15% роблять це відкрито і публічно. Зазвичай відкриті висловлювання суїцидальних намірів сприймаються оточуючими в демонстративно-шантажному плані або їм взагалі не надається належної уваги. Однак, їх не варто недооцінювати. У всіх випадках, при наявності таких висловлювань, потрібна консультація психолога.

Перехід суїцидальних тенденцій в суїцидальні прояви говорить про приєднання до задуму суїциду вольового компонента, який спонукає до безпосереднього здійснення рішення – здійснення суїцидальної спроби.

Суїцидальні замаху (спроби) – цілеспрямоване оперування засобами позбавлення себе життя з метою покінчити життя самогубством або з демонстративно-шантажними цілями.

Іноді спроби самогубства не завершуються летальним кінцем з незалежних від суїцидента причин (не смертельне поранення, обрив мотузки, вчасно надана медична, реанімаційна допомога і т.п.).

Слід розрізняти завершені самогубства (справжні суїциди) і спроби самогубства (незавершені суїциди), що носять демонстративно-шантажний характер. Останні не мають на меті відхід з життя. Їх мета – залучення до себе або повернення втраченого уваги, жалості і співчуття оточуючих, позбавлення від загрози покарання і т.п.

Екзистенційно поставлена проблема невідповідності людини світу, світу – людині набуває рис глобальності. На такому соціальному тлі чи варто дивуватися «омолодженню» суїциду, інтенсивності його розвитку і всеохоплюючому характеру «чорного феномена».

Протягом вже двох століть непідrobне здивування викликає у філософів, культурологів і соціологів ряд загадкових суїцидальних констант, в тому числі переважно свідомий характер самонасилення, а також стабільність супроводжуючих самогубство асоціальних чинників, до яких відносять час дня, статі, вік і сезон скоєння насильницького діяння.

З того моменту як вимір інтенсивності суїциду став частиною демографічного знання, суїцидологи змушені констатувати, що різні епохи існування людства мають майже постійний відсоток тих, хто позбавляє себе життя в стані божевілля, чи неосудність, а саме: 17-20% від загального числа добровільних смертей, тоді як жертва самонасилення (або «самоагресії», за висловом американських суїцидологів), не обтяжена ні будь-якою психопатією, ні складними обставинами особистого життя, ні хибними схильностями, роками виношує зловісний задум самовільної смерті і, дочекавшись відповідного, за її розрахунками, моменту, негайно перетворює їх в життя. Мабуть, саме ця особливість суїциду спонукала сучасних медиків, мікробіологів, хіміків-органіків, а також психіатрів-практиків шукати в людському організмі «речове» підтвердження прихованої схильності до самогубства, що вплинуло на виявлення специфіки впливу на мозок людини зниження рівня вмісту в ньому серотоніну в як свого роду «провісника» суїцидальної поведінки. Однак самі дослідники змушені були констатувати, що протягом всієї людської еволюції рівень серотоніну вражає своїми стабільними показниками, зниження рівня його змісту в клітинах мозку недостатньо для наукового передбачення суїциду, також як використання цієї речовини в клінічних цілях, щонайменше, проблематично, адже «успіху» домагаються, як правило, на думку вченого, ті самогубці, які «дбайливо планують» самонасилення, а не імпульсивно діючі особистості з розбалансованою нервовою системою, тому серотонін може виступити в якості «фактора ризику», але не може кардинальним чином вплинути на розкриття «сумних секретів» цього явища.

При аналізі суїциду можна зробити наступний висновок: самогубство як прояв дієздатної волі, коли страждає сам активний суб'єкт, що знає про результат і свідомо виконує задуманий план насильства, – це феномен хвороби свідомості, для характеристики, якої не можна використовувати медичний термін.

Позитивно суїцид оцінювався деякими древніми співтовариствами людей періоду родоплемінних відносин, такими, наприклад, як стародавні скандинавські племена з їх ідеологією альтруїстичного самогубства старих, які звільняють плем'я від невтішних турбот про старість, або готи з «скелею предків» що існувала у них, з якою кидалися з-за страху перед природною смертю. Суїцид оцінювався не лише позитивно, а й набував ефекту естетизації в ритуальних формах Харакірі (Японія) і Саті (Індія). Античний світ періоду правління римських імператорів і боротьби політичних партій і угруповань знає чимале число самогубств римської аристократії за політичними мотивами.

В Індії, навпаки, давня традиція саті – «цілюще» джерело самогубств. Вона наказує дружині після смерті чоловіка зробити спалення на його кремаційному багатті. Через цей звичай відсоток самогубств жінок в Індії в кілька разів вище, ніж у чоловіків.

Негативна оцінка явища суїциду все-таки має більш стійкий і масовий характер в порівнянні з позитивною протягом усього існування людської цивілізації.

Так, зокрема, народи Близького Сходу – Давня Персія і Вавилон суворо засуджували самогубство, виходячи зі священних заповідей «Авести» (книги основних догматів релігії зороастризму); древній іудейський світ взагалі практично не знав такого роду насильства, що дало право соціологу Е. Дюркгейму помітити: «єврейство – це саме та релігія, в рамках якої схильність до самогубства має найменшу величину».

Християнство засуджує самогубство як слідство впадання в смертний гріх зневіри, а також як форму вбивства порушення заповіді «не убий!» (Постанова Тридентського собору 1568 року згідно тлумачення Блаженним Августином шостої заповіді). Епоха «перших християн» практично не знає самогубства (Новий Завіт дає за приклад дві долі: зневіреного отримати прощення своєму зрадництву самогубці Іуди і апостола Петра, який подолав розпач троекратного зречення Христа).

Слід зазначити, що Росію від багатьох європейських держав відрізняв більш зважений і диференційований підхід до цього явища життя: закони, що карають самогубство, постійно уточнювалися і доповнювалися. Так, наприклад, до проведення реформ Петром Великим передбачався лише суд церкви і ніякої кримінальної караності за замах на самогубство чи самогубство. Перші форми караності свідомого суїциду з'являються у військовому статуті Петра Першого за 1716 рік. Пізніше по російському законодавству класифікувалися 2 види самогубства: суїцид, скоєний у стані осудності (кримінально карається), і в стані неосудності (карається), причому заходи, здійснювані щодо свідомо вчинивших замах на власне життя, постійно пом'якшуються. Не піддавалися покаранню особи, які пішли на смерть з патріотизму, для збереження державних таємниць чи прагнення зберегти честь і цнотливість.

За радянських часів існувала офіційно визнана статистика лише з доведення до самогубства, вона виявляла дивні демографічні перекося: більшість такого роду самогубств відбувалося в сільській місцевості (понад 51%), не

дивлячись на те, що суїцид у світі переважно явище міське; рівень освіти самогубців переважно середній, або неповний середній, тоді як феномен свідомого суїциду частіше фіксуємо у високо інтелектуальному середовищі (в царській Росії, наприклад, це офіцери флоту, представниці вищих жіночих навчальних закладів, відомі поети, художники і т.д.); за своїм соціальним статусом радянські самогубці – це найчастіше колгоспники або домогосподарки.

Незважаючи на явну неповноту інформованості з суїцидологічних питань, дослідники змушені були констатувати переважно свідому природу «самогубства із людським обличчям» (перш за все про це свідчило ретельне планування суїцидального акту доведеного до кінця).

Цікаво в цьому плані розглянути природу свідомого суїциду не тільки в плані конфлікту особистості з суспільством, а й в плані асоціального характеру співвідношення особистості та її біологічної норми, враховуючи існування таких суїцидальних констант як стать, вік, а також час доби і сезон скоєння страшного діяння.

Парадокси суїциду.

У світі кожні 20 секунд одна людина накладає на себе руки, а кожні 2 секунди хтось безуспішно намагається звести рахунки з життям. Число самогубців перевищує кількість жертв вбивств і воєн разом узятих. Незважаючи на те, що феномен суїциду досліджується досить давно, до цих пір існує багато незрозумілих закономірностей.

Міжнародна статистика показує, що від 2% до 11% населення в різні періоди життя схильні до скоєння самогубств. Кількість самогубств, скоєних у світі, стабільно зростає – про це свідчать дані Міжнародної Асоціації Попередження Самогубств, яка проводить подібні підрахунки з 1950-х років.

Самогубства, як правило, відбуваються від відчаю, в знак протесту, щоб зберегти почуття власної гідності, в результаті потьмарення розуму, щоб уникнути болю або помститися. «Факторами ризику» є бідність, безробіття, втрата близьких і проблеми в сімейних відносинах. Люди, в родині яких були самогубці, схильні частіше кінчати з собою. Важливу роль також відіграють моральні і фізичні травми, отримані в дитинстві. Негативний вплив також надають соціальна ізоляція людини і психічні проблеми, зокрема, депресії.

Однак у багатьох випадках причини самогубств залишаються неясними. За незрозумілих причин чоловіки в чотири рази частіше, ніж жінки, накладають на себе руки, проте жінки в два-три рази частіше роблять спроби самогубства (точні дані відсутні, але прийнято вважати, що на кожне «успішне» самогубство припадає 8-20 невдалих спроб його здійснення). Опитування, проведені в різних країнах світу, показують, що до 80% підлітків періодично замислюються про те, щоб накласти на себе руки. Однак найбільше число самогубств здійснюють люди пенсійного віку, які, як правило, заздалегідь не зізнаються в наявності подібних намірів. За даними багатьох досліджень, люди нетрадиційної сексуальної орієнтації в два-три рази частіше, ніж їх традиційно орієнтовані однолітки добровільно йдуть з життя.

За оцінками Американського Фонду Попередження суїциду, найбільше число спроб самогубства чомусь відбувається в квітні, червні та липні місяцях. У деяких країнах світу відзначалися сплески самогубств під час свят. Дані Всесвітньої Організації Охорони здоров'я показують, що незважаючи на те, що самогубства частіше відбуваються в економічно і соціально неблагополучних державах, є фактори, що показують, що існують серйозні виключення з цього правила. Наприклад, у багатьох «бідних» державах Латинської Америки і Близького Сходу рівень самогубств значно нижче, ніж в «багатих» державах Західної Європи. При цьому в цілком благополучних в економічному плані країнах Балтії, а також в Фінляндії та Угорщині, рівень самогубств протягом довгого часу значно перевищує загальноєвропейську «норму». Ще одним парадоксом є неймовірно високий рівень суїцидів в острівних державах (Куба, Японія, Шрі-Ланка, Маврикій та ін.).

Існує також залежність між релігією і суїцидом. У переважно ісламських державах число самогубств близько до нуля (0,1 випадку на 100 тис. населення). У державах, де більшість населення сповідує християнство і індуїзм, цей рівень помітно вище – в християнських державах 11,2 випадків на 100 тис., в Індії, відповідно, 9,6. У переважно буддистських державах цей показник ще вище – 17,6 суїцидів на 100 тис. У атеїстичних державах (наприклад, в Китаї) він досягає 25,6 на 100 тис. жителів. Цікаво, що серед християн і буддистів число самогубців-чоловіків в 3,5 рази перевершує число самогубців-жінок, а серед мусульман і індуїстів цей розрив в три рази менше. Однак релігійні уподобання також не є абсолютним критерієм: в католицькій Ірландії відсоток самогубств утричі більше, ніж в католицькій Італії, а в переважно протестантській Великобританії – удвічі більше, ніж в колишній британській колонії Австралії (всі ці країни можна порівняти за рівнем життя і іншим соціальними показниками).

За даними Національного Інституту психічного здоров'я США, в 2001 році (більш свіжі дані недоступні) самогубство займало 11-е місце серед головних причин такого відходу жителів США з життя (перші місця займали серцево-судинні та онкологічні захворювання) і 5-е місце серед причин смерті серед молодих людей у віці 15-24-х років. Всього у 2001 році самогубства склали 1,3% від усіх смертельних випадків у США (для порівняння, інсульт забрали 6,8% життів). За оцінками Американської Асоціації суїцидологів, переважна більшість самогубців (до 90%) страждали психічними розладами або і наркоманією, алкоголізмом та ін.

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я прийшла до висновку, що на частку суїцидів припадає 1,4% всіх економічних втрат, спричинених захворюваннями (в деяких регіонах світу цей показник досягає 2,5%).

У число людей, що добровільно пішли з життя, досить часто потрапляли цілком благополучні люди, часто котрі володіли широкою, часом світовою, популярністю. Наприклад, самогубцями були настільки різні особистості, як римський філософ і державний діяч Катон Молодший, голландський художник

Вінсент Ван Гог, японський письменник Юкіо Місіма, його британський колега Артур Кестлер, американський рок-музикант Курт Кобейн та ін.

У законодавствах багатьох країн світу довгий час існувало положення, яке оголошує самогубство кримінальним злочином. З британського законодавства, наприклад, ця стаття була вилучена в 1961 році. Цікаво, що законодавство сусідньої Шотландії самогубство злочином не вважало ніколи.

Право на добровільний відхід людини з життя (тракується, як самогубство) практично беззастережно засуджується всіма світовими релігіями. Однак є й винятки, найбільш відомим з яких є японські релігійні культи, що часто зводили благородну смерть від власної руки в розряд вищого морального ідеалу. З іншого боку, неймовірний вплив, який надавало християнство на всі аспекти життя європейців протягом тисячоліть, не зміг запобігти справжній епідемії самогубств серед представників вищих класів в епоху Середньовіччя. Георгес Міноіс, автор масштабного дослідження «Історія Самогубства: Добровільна Смерть в Західній Культурі» зазначає, що європейське суспільство століттями вважало неприйнятним самогубства, які здійснюються представниками нижчих класів, але досить схвально дивилося на аналогічні дії дворян.

Подібна розбіжність поглядів при оцінках феномена самогубства простежувалося завжди. Наприклад, античні філософи Платон і Аристотель ставилися до самогубств вкрай негативно. Однак деякі філософи, колишні їх сучасники, (наприклад, стоїки) вважали самогубство проявом вищої волі людини. Християнство вкрай негативно ставилося і ставиться до самогубства, аж до того, що самогубців було прийнято ховати на неосвяченій землі – поза цвинтарної огорожі. Однак існують і християнські церкви, які при певних обставинах виправдовують самогубців.

Західна цивілізація періодично проводила переоцінку свого ставлення до суїциду. Найбільш помітні зміни відбулися у 18 столітті після початку епохи бурхливого розвитку науки: суїцид стали розглядати не тільки як «угоду окремої людини з спокусником (дияволом)», а й як результат взаємодії індивіда і суспільства. У 19 столітті в світських колах верх взяли погляди, існуючі і сьогодні – самогубство частіше сприймається не як гріх і не як акт особистої свободи, а як прояв хвороби – психологічної, моральної, фізичної або соціальної. Цікаво, що зміни поглядів відбилися і на англійській мові – до 18 століття для позначення цього явища використовувалося слово самогубство – self-murder, після став набагато більш загальноприйнятим нейтральний термін суїцид – suicide.

5.2 Соціальні та психологічні чинники, супутні суїциду

Поглиблене вивчення феномена суїциду за останнє десятиліття підтвердило його неоднорідність і неоднозначність. Суїцидологами була визнана неспроможність психопатологічної концепції суїциду, згідно з якою самогубство – це завжди аутоагресивні акт психічно хворої людини. Було показано, що значна частина самогубств відбувається психічно здоровими особами в ре-

зультаті соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікросоціального конфлікту.

Існують різні точки зору на причини суїцидної поведінки: самогубства розглядаються як один з виразів соціального неблагополуччя і відображають психологічну напругу в суспільстві; самогубства зв'язуються з хворобливим станом людей, які їх здійснюють.

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я налічує 800 причин самогубств. З них: 41% – невідомі; 19% – страх перед покаранням; 18% – душевна хвороба; 18% – домашні проблеми; 6% – пристрасті; 3% – грошові втрати; 1,4% – пересиченість життям; 1,2% – фізичні хвороби.

Основною причиною почастішання суїцидної поведінки є руйнування цінностей традиційної культури. Чоловіки переживають втрату ролі головних годувальників, відповідальних за забезпечення сім'ї, труднощі в конкуренції за місце роботи. Телебачення формує протиріччя між відносною бідністю свого життя і пишністю екранного життя. У молодих людей розвивається «аномічна депресія» – це порушення поведінки, що характеризується аномією – відсутністю прийнятних норм керованої поведінки і сплутаністю культурної ідентичності, хронічним станом роздратування і незадоволеністю життям, відсутністю поваги до себе і цілі, втратою надії на краще майбутнє. Аномія супроводжується також втратою здатності культурно прийнятними способами справлятися зі стресовими ситуаціями в житті, реагувати на образи, проявити агресію.

Серед детермінант суїциду зазвичай виділяють чинники асоціального характеру такі як пору року, дня, а також стать і вік.

Вже прийнято вважати одним з фундаментальних теоретичних питань соціології та водночас суїцидології існування низки соціальних (демографічних) констант, в число яких входить дивне співвідношення 1:4, що означає, що в світі на одну жінку-самогубцю доводиться в середньому чотири чоловіки.

Паралельно з проясненням проблеми «чоловічого» характеру суїциду знову постає проблема співвідношення між суїцидом і божевіллям, тому що якщо самогубство – не жіночий, як правило, злочин, то божевілля як раз має в статистичному плані жіночий характер, що дозволило свого часу Е. Дюркгейму висловити припущення про те, що «ідіотизм охороняє від самогубства».

Крім того, що суїцид є переважно «чоловічим явищем», хоча жінки і випереджають чоловіків за кількістю суїцидальних спроб, він ще й явище «молоде», тому що суїцидальний вік незалежно від статі, національності, місця проживання – це 19-40 років, тобто період найбільшої життєвої активності людини. Корективи в цю константу не вніс ні «помолодшавший» суїцид в США і Європі, починаючи з кінця 60-х років нашого століття, ні перекручена статистика радянських часів нашої країни, ні культурологічні дослідження історії аналізованого феномена. Наприклад, коли в країнах Європи, США, Канади, Японії та Австралії ставало спостерігатися незмінне зростання суїцидальних спроб в молодіжному середовищі, а смертність від самогубства стала третьою провідною причиною смерті молодих людей у віці від 14 років і старше, то суїцидальний «сплеск» приходить на найбільш «свідомий» вік (зберігається донині) від 20 до 24 років.

Видатний російський космист А.Л. Чижевський писав про причини «весняних криз» в житті громади. А.Л. Чижевський наполягав на тому, що вплив навколишнього середовища на нашу психіку глибше, ніж це передбачають звичайно з позицій послідовного антропоморфізму. Він робив висновок про схильність живого організму в періоди сезонної сонячної активності до «різких і бурхливих» психічних переживань, включаючи суїцид.

Якщо взяти статистику тільки протягом ХХ століття, то найбільш небезпечним часом року будуть, як їх називають суїцидологи, «вбивчі місяці» – травень і червень, сучасні американські дослідники відзначають сезон – весна. «Убивчі години» – з ранку до опівдня, тобто до 12.00, або від 13.00 до 15.00.

Розглянемо, нарешті, і те, що становить особливість сучасного нам суспільства за рамками національних, політичних і релігійних відмінностей. Особливу роль в сучасних суспільствах, безумовно, відіграють засоби масової інформації, що впливають на заразливість і колективний характер суїциду. З огляду на заразливість суїциду, він легко переростає в психологічну епідемію за межею хвороби та здоров'я, можна зробити висновок про серйозну небезпеку впливу на психіку сучасної людини ЗМІ у всіх його можливих на сьогоднішній день формах.

До соціальних факторів, які супроводжують суїцид, зазвичай відносять урбанізацію населення, вплив засобів масової інформації, заразливість і колективність самого феномена самогубства, ослаблення інституту сім'ї та руйнування її внутрішньої гармонії, специфіку національного забарвлення даного явища, а також певний зв'язок з характером віросповідання певних народів.

Крізь умовності, обряди, звичаї, традиції проступає жива особистість, яка поміщає себе в ризиковані обставини («прикордонну ситуацію» між життям і смертю), провідним такої особистості виступає специфіка людської свідомості, її здатність до рефлексії, зв'язаність в ній інтелекта та вольового початку.

Необхідно відзначити, що «мікро» може стати «макро» – конфліктом, якщо використовувати оцінку соціальної регульованості поведінки особистості. Зокрема, з точки зору відомого французького соціолога, для захисту суспільства від сплесків масового суїциду необхідно чітко уявляти залежність свідомого замаху на своє життя від рівня соціальної інтегрованості особистості. Мається на увазі як жорстка, гранична регуляція поведінки особистості з боку суспільства, так і «слабка» регуляція персональної поведінки (варіанти занедбаності дітей в сім'ї, відсутність кримінальної караності суїциду в суспільстві) як наслідок, «аномічний суїцид» (особливо в середовищі підлітків, ефект роз'єднаності, відчуження).

Обидві крайності, на думку Е. Дюркгейма, однаково небезпечні в плані провокування свідомого суїциду. Підтверджує цю думку і існування як егоїстичного, так і альтруїстичного характеру самогубства, які здійснюють або асоціальні особистості, або зайве інтегровані (наприклад, солдат-самогубець, який кинувся на гранату, рятуючи життя свого товариша).

Свідомий суїцид переважно асоціальний (чим менш інтегрована особистість, тим більше схильна вона до суїцидальних настроїв), глибоко егоцентричний (статистика показує значне переважання «егоїстичного» самогубства над «альтруїстичним»), обумовлений не тільки низкою зовнішніх умов, але і рядом прихованих від сторонніх очей внутрішніх індивідуальних причин. За всілякої статистикою часто упускається головне – особистісний, неповторний характер будь-якого свідомого зведення рахунків з життям.

Людина, що володіє свободою «від» прийняття самостійно рішень, рідше піддає себе ризику самогубства. В якомусь сенсі пан частіше кінчає собою, ніж раб протягом усієї людської історії; багатий частіше зводить рахунки з життям, ніж бідний; схильний до рефлексії інтелектуал частіше піддається суїцидальним настроїв, ніж простий робітник. Ступінь соціалізації людини поводить на користь самогубці, проте справжня індивідуальна свобода виявляється важливішою для людства, ніж рабство у різноманітних його історичних формах, оскільки саме боротьба за свободу особистості в суспільстві часто оплачується кров'ю героїв.

Американський філософ і психолог У. Джемс називав гетерогенність свідомості джерелом смертельної боротьби між двома «Я»: реальним і ідеальним. Короткий огляд ідей У. Джемса з цієї проблеми представляє з себе наступну картину: існує два основних типи темпераментів людини залежно від ставлення до зла у світі, а саме:

1. «одного разу народжені» – оптимісти;
2. «двічі народжені» – песимісти.

Подолання розбалансованості психіки, зовнішній прояв якої практично непомітний, а внутрішній у формі песимізму проявляє себе як роздвоєність свідомості на «Я» реальне і ідеальне, можливо через свідомо підготовлюваний суїцид, або через набуття «вершини свідомості» (тобто через провідну ідею, витoki якої лежать за межами раціонального, вона є віра в когось або в щось, як основний обмежувач абсолютної внутрішньої свободи).

Єдиним результатом цієї боротьби за сенс індивідуального існування є шлях знаходження віри. У. Джемс наполягав на рятівному характері будь-якої віри по відношенню до суїцидальних спроб. Він розглядав подібний кризовий стан свідомості як форму «релігійної хвороби», коли на нормальний релігійний запит загалом немає нормальної релігійної відповіді. За його твердженням, саме особистості з розвиненим, «великим» інтелектом найважче слідувати абсурдною логікою бездоказової віри. Виникає ситуація, коли індивідуальна людська свідомість виступає в якості основного джерела дисгармонії всередині особистості, яка виявляється глибоко нещасною, і в якій на місце «інстинкту любові» виступає протилежний йому «інстинкт смерті», використовуючи фрейдівську термінологію.

Віра, воля, свобода виступають при такому баченні проблеми як атрибути людської природи, але у феномена індивідуальної віри зберігається особлива функція по відношенню до всієї свідомості людини в цілому.

Віра – це принципова несвобода, але вона ж організує і основний імпульс до дії (до того, щоб жити).

По суті У. Джемсу вдалося визначити парадигму «нещасної свідомості» самогубці-інтелектуала, укладену в двох основних невідповідностях людини і світу:

1) туга за гармонійним влаштуванням світу, по тому, що «за межами природи» існує дух, і повна неможливість довести існування розумного початку поза людиною;

2) туга про Бога як всемогутню особистість при неможливості довести його буття.

Виділяють три форми суїциду:

1. Істинний (коли людина дійсно хоче вбити себе).

2. Афективний (з переважанням емоційного моменту).

3. Демонстративний (самогубство як спосіб привернути увагу до своєї особистості).

Перший в основному характерний для чоловіків, другий і третій – для жінок.

Головні психологічні установки, що ведуть до самогубства, наступні:

а) Вкрай вузький погляд на ситуацію. Виражається він в тому, що думки людини течуть по одному і тому ж колі, вона не в силах вирватися з нього. Інтелект повністю виключений, найпростіші умовиводи стають непосильними. Людина годинами сидить, мозок напружено працює, але вся його робота відбувається навколо найпростіших думок, на кшталт: «як погано», «що робити?», «чому я?». Вузькість виражається і в тому, що людина бачить тільки поточний момент часу. Вона не здатна уявити ні минулого, ні майбутнього. Вона як би виходить з того, що її життя цілком складається з того страждання, яке вона відчуває зараз. Найпростіша думка про те, що біль пройде, їй недоступна.

б) Крайній егоцентризм. Людина фіксується на своєму болі і тому не здатна на «погляд з боку».

в) Самоізоляція. Людина не сприймає оточуючих людей як реальність. Від спроб допомогти відмахується, вони тільки заважають їй зосереджуватися на своєму болі. Всі пропозиції про вихід із ситуації відкидаються.

г) Зворотна ситуація. Людина відчайдушно шукає допомоги, але не знаходить її. Після цього вона забивається в свій кут і припиняє пошуки.

д) Крайня втома. Людина втрачає останні сили в боротьбі з ситуацією і здається. Втрата сил завжди супроводжується згасанням надії. Коли надія померла, людина теж вмирає.

Всі причини суїциду можна умовно розділити на ті, що мають конкретну причину і на зовні безпричинні. В обох випадках самогубець впевнений, що нічого змінити не можна. Зрозуміло, назвати всі можливі причини зведення рахунків з життям неможливо, ми наведемо найбільш поширені. Але вони вміщують в себе 99% всіх випадків. Ось вони:

- Політичні самогубства.

- Самогубства в знак протесту.
- Жертовне самогубство в умовах війни.
- Самогубство з почуття обов'язку.
- Грошові борги, розорення.
- Професійна неспроможність.
- Безробіття.
- Каяття за вчинене вбивство або зраду.
- Загроза тюремного ув'язнення або смертної кари.
- Тюремне ув'язнення.
- Загроза фізичної розправи.
- Отримання важкої інвалідності.
- Невиліковна хвороба і пов'язане з нею очікування смерті.
- Схожа на невиліковну хворобу і нещасна любов.
- Психічний розлад.
- Наркоманія. Алкоголізм.
- Шантаж.
- Сексуальна невдача.
- Зрада чоловіка, дружини.
- «Сімейні» самогубства.
- Ревнощі.
- Небажана вагітність.
- Венеричні хвороби.
- Зґвалтування.
- Систематичні побиття.
- Публічне приниження.
- Колективна травля.
- Стан афекту.
- Смерть дітей, близької людини.
- Самотність. Туга. Втома.
- Релігійні мотиви.
- Наслідування кумиру

Групи підвищеного ризику:

- ☐ люди молодого віку;
- ☐ люди, які раніше намагалися накласти на себе руки;
- ☐ люди, які мають психічне захворювання;
- ☐ люди, які зловживають алкоголем або наркотиками;
- ☐ люди, що переживають або пережили сімейні драми і трагедії:

смерть, розлучення, конфлікти;

- ☐ люди, які мають важкі хронічні захворювання.
- ☐ люди, чиє життя зазнало значних змін: вихід на пенсію, втрата роботи, синдром «порожнього гнізда».

5.3 Психологічна діагностика суїцидальної поведінки. Психотерапевтична і консультативна допомога суїцидентам

Незважаючи на різноманітність методів діагностики суїцидальної поведінки, точна реєстрація суїцидальних намірів поки неможлива, так як психологи не можуть охопити увагою всі ситуації, які можуть спровокувати суїцид. Крім того, особистість людини, її психічні стани – це, багато в чому, таємниця, загадка.

І все ж необхідність вирішувати цю суспільно значущу проблему всіма доступними способами змушує шукати, перш за все, діагностичні шляхи, що дозволяють виявити «групу ризику виникнення суїцидальної поведінки». Хайкіна М.В. пише: «Аналіз варіантів суїцидальної поведінки дозволяє зробити висновок, що люди, які вчиняють спробу самогубства, мають особистісні особливості, які схильні в певних ситуаціях до подібного типу поведінки. Тому в психології важливо розробити пакет діагностичних методів, що дозволяють на ранніх стадіях виявити розвиток кризи і надати необхідну психотерапевтичну допомогу».

Зазвичай психологи включають в діагностичні батареї відомі методики і тести, що дозволяють досліджувати глибинні тенденції та потреби особистості. Вибирають зазвичай проєктивні методики, такі як ТАТ (тематичний аперцептивний тест), Тест Г. Роршаха (кольорові плями), тест Розенцвейга, що дозволяє досліджувати рівень соціальної дезадаптації і характер реагування в скрутних ситуаціях. Часто дослідники вважають за краще піктограми.

Крім перерахованих методик психологи і психотерапевти використовують різного роду прийоми і процедури, що дозволяють перевірити ефективність проведеної психотерапевтичної роботи. Наприклад, В. Франкл пропонував пацієнтам розташувати значущі події в минулому і передбачувані в майбутньому на прямій, що символізує життя. Відмова людини відзначити події майбутнього вважалася тривожною ознакою.

Необхідність вирішення скринінгових завдань призводить до того, що методики повинні бути компактними, давати можливість швидкої обробки великої кількості результатів. Хайкіна М.В. пропонує свою діагностичну батарею, що включає опитувальник «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка і метод незакінчених речень. Опитувальник Г. Айзенка дає можливість виявити рівень тривожності, фрустрації, агресії і ригідності, тобто тих станів, які з великою ймовірністю можуть супроводжувати потенційного і реального суїцидента.

При обробці результатів по тесту Г. Айзенка маються на увазі такі характеристики:

- Особистісна тривожність – схильність індивіда до переживання тривоги, що характеризується низьким порогом виникнення реакції тривоги.
- Фрустрація – психічний стан, що виникає внаслідок реальної чи уявної перешкоди досягнення мети.
- Агресія – підвищена психологічна активність, прагнення до лідерства шляхом застосування сили по відношенню до інших людей.

- Ригідність – утрудненість у зміні наміченої суб'єктом діяльності в умовах, що об'єктивно потребують її перебудови.

На другому етапі діагностичної роботи Хайкіна М.В. пропонує використовувати метод «незакінчених речень», який є проєктивною методикою, що дозволяє направлено з'ясувати ставлення досліджуваного до навколишнього і деякі особистісні установки. Досліджуваний повинен продовжити такі речення:

- 1) «Завтра я ...»;
- 2) «Настане день, коли ...»;
- 3) «Я хочу жити, тому що ...».

При обробці результатів психологу необхідно звертати увагу на особливості сприйняття людиною навколишнього і на наявність або відсутність усвідомленого прагнення до збереження життя. Ці речення дозволяють виявляти як особливості планування свого життя, так і наявність усвідомленого прагнення жити. Досвід використання даних незакінчених речень показує, що, незважаючи на минулі 2-3 роки після спроби суїциду, у суїцидентів зберігається характерна особливість світосприйняття, негативне ставлення до навколишнього. Більшість з них прагне порвати з цим, але при цьому не може сформулювати шляхи досягнення виходу з несприятливої ситуації. Отже, не можна говорити про те, що адаптація після спроби самогубства сталася в повному обсязі, і ризик суїциду як і раніше існує.

Людина в стані депресії часто становить небезпеку для самої себе, тому що схильна до саморуйнування в явній або прихованій формі. Завжди є небезпека, що слабо виражена депресія може перейти в гострі суїцидальні наміри. Психотерапевт або консультант теж людина зі своїми упередженнями і помилками. Часто фахівці початківці нехтують інформацією про суїцидальні наміри клієнта, не можуть спільно пережити або зрозуміти його готовності вчинити самогубство, навіть якщо клієнт прямо або побічно висловлює такий намір. Р. Кочюнас стверджує: «Проблема полягає, як правило, не в приховуванні самогубцем своїх намірів, а в тому, що він не буде почутий, коли говорить про них».

Важливим є питання, хто саме і в яких ситуаціях частіше здійснює самогубство. Уже згадувалося, що не всі люди в стані депресії мають намір вчинити самогубство, але поза депресії самогубство відбувається дуже рідко.

Відзначаються дві умови, що сприяють спробам самогубства. Перша – збільшення стресу до рівня, який важко переноситься індивідом. Друга – нездатність подолати стрес ні поодиночці, ні з допомогою інших. Зазвичай рішення накласти на себе руки в гострій формі виникає раптово. Часто йому передують серія спроб поділитися своїми намірами з іншими людьми. Найбільша вірогідність спроби самогубства припадає на вершину екзистенціальної кризи. Багато психотерапевтів і консультантів зазначають, що важливою рисою самогубці є амбівалентність. Вона ускладнює розпізнавання справжніх намірів оточуючими. Часто можна чути: «Не схоже на самогубство. Вчора у нього був гарний настрій». Консультант, що зустрічається з клієнтами, які мають суїцидальні наміри, перш за все, зобов'язаний проаналізувати власні установ-

ки і почуття по відношенню до самогубства, знати їх заздалегідь. У роботі ніколи не слід приховувати свої справжні почуття. Хороший контакт з консультантом може бути найміцнішою ниткою, що зв'язує людину, яка втратила надію, з життям.

Іноді вважають, що обговорення з клієнтами можливості самогубства тільки підсилює їх наміри. Однак, як правило, бесіда про почуття, що підштовхують до самогубства, зменшує ймовірність реалізації спонукань. Тому консультант не повинен ухилятися від обговорення з депресивними клієнтами проблеми самогубства. Тим самим він показує клієнту, що думки про самогубство можуть бути сприйняті і зрозумілі іншою людиною.

Розглядаючи дуже серйозно будь-який намір самогубства, все ж не можна забувати про можливість маніпулятивної загрози з метою переконати консультанта в важливості своєї проблеми і претендувати на максимум його часу. Більшість симулянтів є істероїдним особистостями. Деякі клієнти говорять про самогубство з бажання помститися тим, хто нібито їх недостатньо любить. Взагалі елемент ворожості присутній майже в кожному самогубстві. Зустрівшись з депресивним клієнтом, що висловлює суїцидальні наміри, дуже важливо оцінити ризик їх реалізації. Від правильного прогнозу може залежати життя клієнта. Ступінь ймовірності самогубства консультант може з'ясувати, задаючи клієнту непрямі питання. Прямо питати: «Маєте Ви намір вчинити самогубство?» – неприйнятно, тому що таке питання спонукає клієнта до заперечення. Ефективна тактика поступового розпитування.

Така поступовість опитування дає можливість точніше дізнатися, як далеко зайшов клієнт в своїх думках про смерть. Засновник логотерапії В. Франкл пропонує оцінювати замість ймовірності самогубства величину життєвого потенціалу і питати клієнта не про причини небажання жити, а про сенс життя для нього. Чим більше перебуває ниток, що зв'язують клієнта з життям, тим менш імовірно самогубство.

Існують певні правила консультування осіб з суїцидальними намірами:

1. З такими клієнтами потрібно частіше зустрічатися.
2. Консультант повинен звертати увагу суїцидного клієнта на позитивні аспекти його життя.
3. Дізнавшись про намір клієнта вчинити самогубство, не слід панікувати, намагатися відволікти його якимсь заняттям і вдаватися до моралізування. Така тактика лише переконає клієнта, що його ніхто не розуміє і не чує.
4. Спеціаліст повинен залучити до роботи з клієнтом між консультативними зустрічами значущих для нього людей (близьких, друзів).
5. Клієнт повинен мати можливість в будь-який час зателефонувати консультантові, щоб той міг контролювати його емоційний стан.
6. При високій ймовірності самогубства слід вжити заходів обережності – інформувати близьких клієнта, обговорити питання про госпіталізацію.
7. Консультант не повинен дозволяти клієнту маніпулювати собою за допомогою загрози самогубства.

8. Консультант повинен пам'ятати, що не завжди вдається перешкодити самогубство.

9. Консультант зобов'язаний детально в письмовій формі документувати свої дії, щоб в разі нещастя він зміг довести собі і іншим, що діяв професійно і вжив усіх заходів для уникнення катастрофи.

Під час першого контакту після невдалого самогубства на перший план виступають унікальність ситуації і самопочуття «самогубці-невдахи». Людина, що випробувала максимальну напругу духовних сил, розуміє, що не померла, але обставини, що призвели до спроби піти з життя, у неї залишилися. Момент «пробудження» – початок нового етапу життя цієї особи. Тому важливо, який «вплив» буде вписаний в «чистий аркуш» свідомості клієнта. Час першого контакту не повинен обмежуватися, клієнту треба дозволити виговоритися. Від консультанта потрібна непідробна щирість, зосередження і віддача всіх своїх духовних сил. Мається на увазі щось більше, ніж обов'язок консультанта. Після спроби самогубства клієнт максимально відкритий і дуже ранимий, він ясно відчуває внутрішній стан консультанта. У першій фазі не слід обговорювати основний конфлікт. Лише поступово можна перейти до причин і психосоматичного змісту самогубства. Саме консультування повинно бути спрямоване на зменшення тривоги і безнадії. Фаза одужання починається, коли клієнт може повернутися в своє колишнє оточення. Далі можуть поновитися суїцидальні наміри, так як проблема невдачливого суїцидента пов'язана саме з найближчим оточенням. Тому необхідно працювати з сім'єю суїцидента. Взагалі спроба самогубства – суттєва причина для зміни в сімейному житті, точніше кажучи, такі зміни стають неминучими. Тільки зміна умов життя по-справжньому лікує.

Керівник відомої клініки в США В. Меннінгер пропонує поради фахівцям, що працюють з потенційними самогубцями, і тим, хто страждає через самогубство клієнта:

1. Світоглядні установки:

- Фахівець не може нести відповідальність за те, що говорить і робить клієнт поза стінами терапевтичного кабінету.

- Самогубство іноді відбувається всупереч дбайливому ставленню.

- Не можна запобігти самогубство, якщо клієнт дійсно прийняв рішення.

2. Тактика при консультуванні клієнтів з суїцидальними намірами:

- Необхідна пильність і готовність до невдачі.

- В ризикованих випадках обов'язково консультуйтеся з колегами.

- Необхідно обговорити з колегами самогубство клієнта як можливий варіант виходу з кризи. Слід пам'ятати, що роль консультанта полягає в тому, щоб застерегти клієнта і допомогти йому знайти інші шляхи виходу з кризи.

3. Як реагувати на самогубство клієнта:

- Виходите з того, що самогубство всім завдає біль.

- Ви знаходите приголомшливий досвід.

- Не дивуйтеся пригніченому настрою, почуттям провини і злоби.

4. Подолання наслідків самогубства клієнта:

- Скорбота – природна реакція, і всі переживають її однаково.
- Говоріть і переживайте, але без зайвого самозвинувачення.
- Дозвольте собі виговоритися з колегами, друзями, в сім'ї;
- Пам'ятайте річницю сумної події, щоб не опинитися захопленим зне-

нацька.

Формування суїцидальної мотивації відбувається в три етапи:

1. Виникнення пасивних думок про смерть і відхід з життя, фантазій на тему своєї смерті. Однак ці думки ще не мають характеру суїцидальних, тобто позбавлення себе життя не розглядається як довільна дія. Людині в голову приходять думки типу: «от би заснути і не прокинутися» «добре б померти ...», і т.д. Поряд з такими пасивними думками людина починає відчувати непереконливий потяг до смерті.

2. Далі людина переходить в стадію, яку умовно можна назвати суїцидальними задумками. Потяг до смерті посилюється, і думки про неї з абстрактно-мрійливих перетворюються в більш оформлені і практичні задуми. Пізніше до них приєднується вольовий компонент і рішення, так що суїцидальну мотивацію можна вважати практично оформленою.

3. І на останній, третій стадії людина демонструє вже сформовану суїцидальну поведінку, тобто, кажучи науковою мовою, зовнішні і внутрішні форми психічних актів, що направляються уявленнями про позбавлення себе життя. Причому ще однією цікавою особливістю другої і третьої стадій є те, що потенційний суїцидент усюди починає бачити знаки – підтвердження того, що його задум вірний, і єдино можливий.

5.4 Психопрофілактика суїцидальної поведінки

Для профілактики, попередження суїцидальної поведінки велике значення мають виховання, обстановка в сім'ї, знання батьками тих умов, які допомагають виховати людину, резистентну до суїцидальної поведінки, з меншим ризиком скоєння самогубства навіть в екстремальній ситуації. Важлива також загальна гуманізація суспільства. Найбільш ефективно попередження самогубств знаходиться в сфері міжособистісних відносин, у взаєморозумінні та взаємній підтримці. Велике значення має повага суспільства до особистості. В кожній людині потрібно з дитинства виховувати почуття поваги до себе, власної гідності, щоб людина відчувала себе особистістю не тільки в зв'язку зі ставленням до неї оточуючих, а сама по собі, поважала себе, свої погляди, свою працю, своє ставлення до людей і до самого життя.

Ознаки суїцидальних намірів (по Шнейдеману):

- ☐ Метою суїциду є знаходження рішення, а завдання суїциду полягає у припиненні свідомості.
- ☐ Стимулом до скоєння суїциду є нестерпна психічна (душевна) біль.
- ☐ Стресорами при суїциді є фрустровані психологічні потреби.
- ☐ Суїцидальною емоцією є безпорадність-безнадійність.

- Внутрішнім ставленням до суїциду є амбівалентність.
- Загальним станом психіки при суїциді є звуження когнітивної сфери.
- Дією при суїциді є втеча.
- Комунікативною дією при суїциді є повідомлення про свій намір.
- Закономірністю є відповідність суїцидальної поведінки загальному

життєвому стилю поведінки.

Основною ланкою в справі запобігання самогубств є анонімна телефонна служба («телефон довіри»). Мета телефонної служби – прагнення запропонувати будь-якій людині, що знаходиться в кризовій ситуації і думає про самогубство, телефонний контакт зі співробітником, готовим вислухати її, допомогти абоненту подолати кризову ситуацію, з якою він зіткнувся. Серед принципів служби особливе місце займає довірливість, абсолютна таємність, заборона вимагати винагороди за послуги і заборона надання будь-якого тиску.

Антисуїцидальні чинники особистості – це сформовані життєві установки, що перешкоджають здійсненню суїцидальних намірів. До них, перш за все, відносяться позитивні моделі поведінки, пов'язані з досягненням певних цілей (емоційна прив'язаність до значущих рідних і близьких; почуття обов'язку по відношенню до них, батьківські обов'язки; наявність різноманітних життєвих, творчих, ділових, сімейних, службових та інших планів, задумів; психологічна гнучкість і адаптованість, вміння компенсувати негативні особисті переживання, використовувати методи саморегуляції і зняття психічної напруженості і ін.).

У той же час, антисуїцидальний характер носять і стереотипи поведінки, пов'язані з униканням болю, фізичних страждань, невідомості; прагнення врахувати громадську думку і уникнути осуду з боку оточуючих і т.п. Всі вони роблять неприйнятним для індивідуума вчинення самогубства як способу вирішення конфліктної ситуації.

Психопрофілактика суїцидальної поведінки працівників, які здійснюють діяльність в особливих умовах.

Наявність стресогенних чинників з боку службової діяльності, які тривало впливають, можуть призводити до виникнення суїцидальних намірів і поведінки у працівників, які здійснюють свою діяльність в особливих умовах: військових, працівників МВС і ДСНС і т.п. Це можливість екстремальних (пов'язаних із загрозою для життя, здоров'я, іншими тяжкими наслідками) ситуацій, які є штатними для діяльності працівників; необхідність використання заходів примусу (фізичного і психічного), діяти в конфліктних ситуаціях і пов'язані з цим негативні емоції; висока відповідальність і напруженість роботи, пов'язана із здійсненням владних повноважень, носінням зброї; ненормований робочий день. В останні роки на перший план висунулися невідповідність між положенням працівника під час виконання службових обов'язків і положенням поза службою, в побуті, обумовлені низьким грошовим утриманням, порушенням соціальних прав і пільг, передбачених законодавством.

У той же час є і ряд чинників службової діяльності, які можуть надавати профілактичний вплив на рівень самогубств серед працівників. Перш за все,

це певний соціальний статус, соціальна стабільність, наявність згуртованих професійних колективів. Стійкі професійні колективи із сприятливим морально-психологічним кліматом є одним з найбільш істотних факторів сучасного суспільства, що перешкоджають розвитку суїцидальної поведінки.

Робота з попередження суїцидальних подій проводиться в загальній системі заходів профілактики надзвичайних подій і травматизму працівників, а також в системі психопрофілактики.

Труднощі розглянутої проблеми, особливо її профілактичного спрямування, пов'язані з відсутністю специфічності суїцидальних проявів. Немає такої людини, яка за своїми індивідуальними якостями обов'язково повинна покінчити життя самогубством, немає такої ситуації, а також психопатологічних порушень, які неодмінно привели б людину до суїциду.

Практичне розв'язання проблеми профілактики суїцидальної поведінки серед працівників можливе лише на основі комплексного підходу, що забезпечує знання особистості суїцидента, особливостей мікросоціального клімату в формальній і неформальній сферах спілкування, а також професійного, матеріального і побутового статусів.

Основною метою має бути запобігання самій можливості появи суїцидальних переживань, своєчасне розпізнавання і купірування станів, що несуть потенційну загрозу суїциду і, більш того, на ліквідацію умов, що їх породжують.

Вищеназвані завдання можуть бути з успіхом вирішені тільки при проведенні комплексу психопрофілактичних і психогігієнічних заходів.

Робота по збереженню нервово-психічного здоров'я працівників вимагає безперервного, щоденного вивчення індивідуальних особливостей кожного працівника, його виконавської дисципліни, успіхів в освоєнні передових форм і методів роботи, настрою, а також сімейно-побутові аспекти життя. Це в свою чергу вимагає від керівників навчальних закладів, працівників кадрового апарату і медичних установ постійного вдосконалення знань в області психогігієни і психопрофілактики.

В умовах діяльності в особливих умовах психопрофілактика включає наступні етапи:

- ретельний кадровий і медико-психологічний відбір осіб для роботи, тобто проведення спеціального професійного відбору;
- використання працівників з урахуванням їх психологічних особливостей, установок і стану нервово-психічного здоров'я;
- проведення заходів щодо професійної орієнтації;
- формування згуртованих, працездатних службових колективів;
- своєчасне вирішення конфліктних ситуацій на службі і в побуті;
- раннє виявлення осіб з нервово-психічними розладами або нестійкістю, віднесення їх до «групи ризику», постановка на облік, динамічне спостереження; обстеження, лікування і експертиза відповідно до медичних показань.

Профілактика суїцидальної поведінки серед працівників під час проходження служби здійснюється за наступними напрямками:

1. Проведення заходів щодо усунення причин та умов, що сприяють виникненню станів соціально-психологічної дезадаптації, що призводять до ро-

звітку суїцидальної поведінки. Розвиток особистості працівника, формування у нього психологічної стійкості до різного роду стресових ситуацій. Здійснення роботи по згуртуванню службового колективу.

2. Своєчасне виявлення суїцидальних тенденцій і дій у працівників, які знаходяться в стані соціально-психологічної дезадаптації або в пресуїцидальному періоді.

У початковому періоді пресуїциду керівників підрозділів, працівників кадрових і виховних апаратів, психологів, а також медичних працівників повинні насторожувати такі особливості поведінки, як погіршення настрою, невластива замкненість, загальмованість або навпаки підвищена товариськість, збудливість. Слід звертати увагу на зловживання алкоголем, прийом психотропних, заспокійливих препаратів; зміни ваги (схуднення), скарги на порушення сну (безсоння, сонливість вдень). Можливі дивні немотивовані вчинки, висловлювання, загострення таких рис характеру як безкомпромісність, упертість, нездатність відступати, прагнення до досягнення мети будь-якою ціною, схильність до самотійного прийняття рішень з одночасною підвищеною ранимістю, нестійкістю настрою.

Особливо повинні насторожувати суїцидальні думки, натяки, висловлювання (в пресуїцидальний період відзначалися в 20% випадків самогубств працівників). Поява ж постійних ідей самогубства, суїцидальних висловлювань та спроб (13%), прямі або символічні «прощання» (9%), порушена поведінка або «зловісний» спокій, не властива раніше зібраність – показник гострої суїцидальної кризи, що загрожує життю. Зафіксувати наявність таких висловлювань іноді досить важко, про них, як правило, знають найближчі люди, на очах яких розвивається конфлікт в пресуїцидальний період і які не завжди повідомляють про них на роботу або в медичні установи.

Працівник, що знаходиться в стані психологічної кризи, відчуває виражену потребу в емоційній підтримці близьких і кваліфікованої психологічній допомозі.

У процесі бесіди з працівником, що звернувся за допомогою або виявляє не властиві йому раніше форми поведінки, необхідно уважно вислухати його, намагаючись, по можливості, не перебивати, а лише уточнити окремі деталі. Часто вже в ході бесіди працівник усвідомлює, що конфліктна ситуація, яка сприймається як несподівана, непереборна, безнадійна, незрозуміла, певним чином сформувалася протягом деякого періоду часу і тісно пов'язана з попередніми подіями життя. Співрозмовник усвідомлює також, що криза через якийсь час може бути подолана в сприятливу для нього сторону, що особи, залучені в конфлікт, раніше підтримували з ним доброзичливі відносини, і, отже, ці відносини можуть бути відновлені.

Якщо в ході бесіди співрозмовник невпевнено пропонував варіанти виходу з кризової ситуації, песимістично оцінював майбутнє, активно висловлював суїцидальні думки, то необхідно невідкладно направляти його до лікувального закладу. Бажано, щоб він відвідав фахівця-психолога. Однак не можна допускати ніяких дій всупереч бажанням працівника. Будь-яка інформація,

повідомлена у ході бесіди, не може бути передана без його згоди кому б то не було, а тим більше стати предметом обговорення в колективі.

Основні рекомендації по організації роботи з працівником після проведеної розмови і консультації з психологом або психіатром:

- поставтеся до всіх висловлювань співрозмовника дуже серйозно;
- продумайте план надання реальної допомоги;
- з огляду на підвищену імовірність неадекватних дій, створіть для нього на якийсь період більш спокійні («щадні») умови служби;
- не залишайте без контролю і уваги;
- ставте нескладні завдання, успішне виконання яких сприятиме підвищенню самооцінки особистості.

Профілактика суїцидальної поведінки серед працівників, які здійснюють діяльність в особливих умовах, вимагає проведення комплексу спільних заходів з професійного відбору та орієнтації кандидатів на службу; виявлення працівників з нервово-психічними розладами і станами психоемоційного напруження; своєчасного купірування пресуїцидальних станів, а також проведення психогігієнічних і реабілітаційних заходів по збереженню і зміцненню психічного здоров'я особового складу.

Все це вимагає від керівної ланки, кадрових і виховних апаратів, психологів, медичних працівників чіткої взаємодії і повного взаєморозуміння, бо вдосконалення якості кадрового складу, підвищення ефективності діяльності і попередження надзвичайних подій, у тому числі і самогубств, є їх спільним завданням.

Корінь же проблеми треба шукати в самому нашому житті. Тільки всеосяжне зростання рівня життя може кардинальним чином вплинути на суїцидальну ситуацію в країні, та й в світі теж. А організації, що борються за життя потенційних суїцидентів, потрібно заохочувати виходячи з етичних і загальнолюдських норм.

Питання і завдання для самоконтролю

1. Форми суїцидальної поведінки.
2. Класифікація суїцидальних думок і спонук.
3. Характеристика етапів суїцидальної поведінки.
4. Провідні мотиви суїцидальної поведінки.
5. Мотиви антисуїцидальної поведінки.
6. Біологічні чинники суїцидального ризику.
7. Психолого-психіатричні чинники суїцидального ризику.
8. Соціально-середовищні чинники суїцидального ризику.
9. Особливості суїцидальної поведінки дітей і підлітків.
10. ПТСР і суїцидальна загроза.
11. Особливості суїцидальної поведінки літніх людей.
12. Принципи клініко-психологічного обстеження при суїцидальному ризику.

13. Наявність суїцидального плану як чинник суїцидального ризику.
14. Оцінка психічних станів потенційного суїцидента.
15. Сучасні методи діагностики суїцидальної поведінки.
16. Характеристика імпульсної парасуїцидальної поведінки.
17. Характеристика дійсної суїцидальної поведінки.
18. Психологічна модель формування суїцидальної поведінки.
19. Основні напрями психопрофілактики аутодеструктивної поведінки.
20. Структура і функції суїцидологічної служби.
21. Специфіка психокоректувальної роботи з суїцидентами.
22. Прийоми індивідуальної антисуїцидальної терапії.

Рекомендована література

1. Амбрумова А.Г. Непатологические ситуационные реакции в суицидологической практике // Научные и организационные проблемы суицидологии. М., 1983. С. 40 - 51.
2. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Социальные и клинико-психологические аспекты самоубийств в современном обществе // Обзор психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. 1991. № 1. С. 26 - 38.
3. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., Бергельсон Л.Л. Социально-психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида // Вопр. психол. 1981. № 4. С. 91—102.
4. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., Ковалев В.В. Диагностика суицидального поведения. - М., Московский НИИ психиатрии. 1980.
5. Бердяев Н.А. О самоубийстве (психологический этюд) // Психол. журн. 1992. Т. 13. № 1. С. 90 - 94; № 2. С. 96 - 106.
6. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. М., 1980.
7. Колос И.В. К вопросу о причинах и условиях совершения суицидальных действий сотрудниками органов внутренних дел. В сб.: Вопросы укрепления социалистической законности в деятельности органов внутренних дел. - М., 1989, С 25-30.
8. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе. М., 1990.
9. Космолинский Ф.П. Эмоциональный стресс при работе в экстремальных условиях. М., «Наука», 1989.
10. Полеев А.М. Неотложная психотерапевтическая помощь в системе комплексной превенции самоубийств: Дис. канд. М., 1989.
11. Полякова И.В. Особенности ситуационных реакций и психогенных депрессий в суицидологической практике: Канд дис. М., 1987.
12. Профилактика самоубийств сотрудников органов внутренних дел: методические рекомендации // Под общей редакцией Марьина М.И. - М., 1999.
13. Старшенбаум Г.В. Психотерапия лиц с суицидоопасными кризисными состояниями: Канд дис. М., 1991.

14. Султанов А.А. К вопросу о суицидальном поведении практически здоровых лиц молодого возраста // Научные и организационные проблемы суицидологии. - М., 1983. С. 94-96.

15. Телефонная психотерапевтическая помощь — телефон доверия — в системе социально-психологической службы. Методические рекомендации. М., 1988

Навчальне видання

Афанасьєва Наталія Євгенівна

ОСНОВИ ПСИХОГІГІЄНИ ТА ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ

Курс лекцій

Підписано до друку 17.05.16. Формат 60х84/16.

Ум.друк. арк. 5,8.

Вид. № 24/16.

Сектор редакційно-видавничої діяльності
Національного університету цивільного захисту України
61023, м. Харків, вул. Чернишевська, 94