Максименко С.Д.
Гришко О.Д.

ПСИХІЧНИЙ СУПРОВІД І ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я

Посібник для вищих навчальних закладів

Том 2

Київ – 2024

УДК 159.923
М17

Рекомендовано до видання Вченою радою Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України (протокол № 6 від 23.05.2024 р.)

Рецензенти:

Бондаренко О.Ф., академік НАПН України, доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психології і педагогіки Київського національного лінгвістичного університету;

Шпортун О.М., доктор психологічних наук, професор кафедри психології КЗВО "Вінницька академія безперервної освіти";

Литвинчук Л.М., доктор психологічних наук, професор кафедри авіаційної психології Факультету лінгвістики та соціальних комунікацій Національного авіаційного університету

Автори: ***Максименко С.Д.,*** *доктор психологічних наук, професор, дійсний член НАПН України, директор Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України;* ***Гришко О.Д.,*** *кандидат психологічних наук, доцент кафедри філософії та психології Київського університету інтелектуальної власності та права національного університету «Одеська юридична академія»*

М17 **Психічний супровід і психічне здоров'я:** навчальний посібник. Том. 2 / С.Д. Максименко, О.Д. Гришко. Київ: Видавництво Людмила, 2024. 468 с.
ISBN 978-617-555-217-9

В навчальному посібнику викладена загальна стратегія концепції здоров'я, сутність індивідуального і популяційного здоров'я, поняття психічної норми і патології та проведений поглиблений аналіз концепції психічного здоров'я. Також описані порушення психологічного здоров'я за МКХ-10, симптоми і ознаки порушення емоцій і поведінки, жорстокості, самопошкодження, професійної деформації.

Важлива увага приділяється віковим аспектам психологічного здоров'я, психологічним кризам, впливу психосоціальних обставин на розвиток психіки, функціонуванні сім'ї і її дезадаптаційним формам. Висвітлена актуальна тема впливу екології і забрудненого оточуючого середовища на психологічне здоров'я, визначені поняття ендоекології і принципи надання невідкладної психологічної допомоги.

Розкрито поняття структури, розвитку особистості. Як найвищих соціально-біологічних, інтелектуально-когнітивних та психологічно сталих властивостей і переживань внутрішнього світу людини. Тобто розкриває становлення особистості як самої себе, так і власного світу навколо себе.

Відмінною рисою наукового посібника є поглиблений аналіз потенційної небезпеки мікросоціуму для особистості, а саме несприятливих життєвих подій, проблем у взаємовідносинах, нездатності пристосуватись до середовища та ін., а також впливу мезо- і мікросоціального оточення на психологічне здоров'я.

Важливим доповненням до розділів є формалізовані структури тем, які сприятимуть кращому формуванню поглибленого розуміння викладеного матеріалу. Для самостійної роботи студентів до кожної теми додані питання проблемного характеру, альтернативні тестові завдання для самоконтролю, завдання та проблемні ситуації. В кінці кожного розділу подано список основної і додаткової літератури для підготовки до занять та поглиблення знань з даної тематики.

ISBN 978-617-555-217-9 УДК 159.923
© С.Д. Максименко, О.Д. Гришко, 2024

Передмова

У даному посібнику для студентів вищих навчальних закладів, для широкого загалу психологів, соціологів та педагогів: «**Від психологічних інтервенцій і технологій до психічного здоров'я**» окрім вікових аспектів психологічного здоров'я, психологічних криз, впливу психосоціальних обставин на розвиток психіки, функціонуванні сім'ї і її дезадаптаційним формам. Висвітлена також актуальна тема впливу екології і забрудненого оточуючого середовища на психологічне здоров'я, визначені поняття ендоекології і принципи надання невідкладної психологічної допомоги. Розкрито поняття структури, розвитку особистості, як найвищих соціально-біологічних, інтелектуально- когнітивних та психологічно сталих властивостей і переживань внутрішнього світу людини. Тобто ми розкриваємо становлення особистості як самої себе, так і власного світу навколо себе.

Здобутки різних нанотехнологій, робототехніки, digital-технологій, ІТ-технологій, є активним рушієм для самодетермінації, саморуху особистості в суспільстві, що і обумовлює початок цього процесу. Дана тенденція – це реальні передумови появи класу творчої молоді, основна мета якої є здатність до самореалізації, самовизначення та самодетермінації. «Ми повинні бути ***достатньо гнучкими***, щоб розвиватись із технологіями, але обирати, як її правильно використовувати. Вогонь був великим відкриттям для приготування нашої їжі, але ми повинні були дізнатися, що він також може нашкодити і вбити». «Ми не хочемо впадати у паніку, тому що діти використовують смартфони. Ми повинні запитати, що відбувається, коли вони дивляться на свій смартфон з точки зору їхнього ***когнітивного, соціального та психологічного розвитку***. Ідучи вперед треба себе запитати як ми можемо ***посилити позитив і пом'якшити негатив***?»

Також книга включає в себе теми в яких широко розглядаються проблеми діяльності, особистості, нужди – інформаційно-енергетичної одиниці, що полягає в експансії життя в онто- і філогенезі. Могутню ланку в цій роботі займає саме психологічний су-

провід, який виступає чинником інтервенції та технології яка приводить до самої суті психічного здоров'я особистості, що лаконічно вписується в нашу оновлену книгу під назвою ***«Від психологічних інтервенцій і технологій до психічного здоров'я».***

Основною цементуючою силою виступає ***одиниця аналізу і навчального матеріалу, і особистості!*** І якщо йде мова про навчальний матеріал, то він

передбачає створення модулів, які я використовую як процес навчання та принципу вичленення генетичної одиниці, яка конституює клас певного знання.

Особистість ми розглядаємо з точки зору вичленення зміни в її структурі. Що ж відбувається від початку особистості до її смерті? А відбувається от що- це специфічна формула ортобіозу, яка полягає у вичлененні генетично- вихідної одиниці, яка конституюють особистість.

Ми назвали її нуждою. Вона представлена у багатьої наших працях, зокрема в Психологічні механізми зародження, становлення та здійснення особистості за яку ми отримали державну премію в галузі науки і техніки. Там розгортається нужда і через любов, і через креатив, а також через системність. В нужді розкривається суть здійснення особистості. Як вона здійснюєть, само здійснюється. Це дає можливість розглядати особистість в широкому аспекті с позиції монізму.

Таким чином ми здійснюємо специфічну форму погляду на особистість, на світ та на його діяльність. Є і так званий принцип ***хроноструктури. Це розгортання дій, що представлені у вигляді цифрового ряду.***

В цьому моменті поетапно розкриваються та препаруються основні складові навчального контенту. В цьому і полягає суть, оскільки особистість починається з предметно-практичної діяльності.

Загалом діти пізнають світ, діючи на нього та **взаємодіючи** з дорослими – впливаючи на дорослих і, звичайно, інших дітей. Психологічний та особистісний розвиток людини відбувається у соціальній ситуації розвитку (умови існування, зміст і форми навчання, виховання тощо) під час її власної активності, з урахуванням сенситивних (чутливих) **періодів розвитку певних новоутво-**

рень. Діяльність, що базується на урахуванні сенситивних періодів розвитку вважається провідною. Для того, щоб робити правдиві висновки, потрібне експериментальне дослідження (державного рівня) розвитку особистості учня молодшого шкільного віку. Мають бути залучені кращі фахівці – **фізіологи, психологи, педагоги, медики, соціологи.**

Зазначимо, що це економічно дуже потрібно і вигідно, адже дозволить прогнозувати, керувати, ефективно впливати на освіту і розвиток дітей з урахуванням нових реалій життя, нових всесвітніх вимог до людини.

Ми включаємо поняття «порівняння» у інформаційний контент, адже діти використовують саме його для співставлення властивостей об'єктів між собою. В моменті перебування дитини на етапі предметно-рольової гри, вона розвивається сама і ми можемо відслідкувати її парціальні зміни протягом вікових змін, адже кожному періоду відповідає своя провідна діяльність.

Наступний важливий етап криється в сприйнятті підлітком соціуму чи соціуму підлітка. Підліток прагне до діалогу із собі подібними. Підлітковий вік є «безбожним», цей вік розкриває здатність підлітка до відтворення собі подібних. Ця емоційно-креативна і гормональна складова виводить на арену певну гординю: «Зі мною всі повинні рахуватись»- це також певний протест. Інші підлітки та старші товариші стають авторитетами, а батьки відступають на задній план. Тут ми виокремлюємо основну точку відліку подальшого зростання – ***спілкування.***

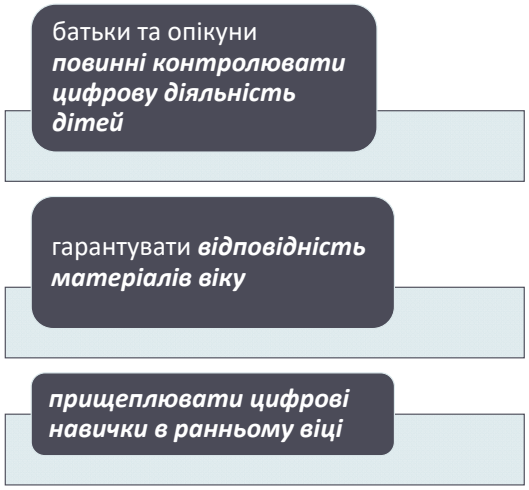
Апофіз окремо забезпечується кров'ю, а в момент активного росту підлітка і його кісткових тканин, судини просто не встигають за ним. Тому зростаючий організм зіштовхується із вегетосудинними дистоніями, що спричиняє певний дискомфорт і беззаперечно впливає на його психологічний стан. Подекуди можуть виникати агресивні прояви поведінки : в знущанні над тваринами, іншими дітьми та сварках із батьками. Багато підлітків, які користуються смартфонами до пізньої години, не вистачає **глибокого REM-сну,** необхідного для **обробки та збереження інформації з цього дня в пам'яті.**

Соціальний контекст

Розширення доступу до цифрових технологій та Інтернету супроводжується збільшенням кількості часу, який діти проводять в Інтернеті. У звичайний будній день **15-річні підлітки** в країнах ЕС проводять майже три з половиною години в мережі поза школою. У типовий вихідний день ця цифра сягає понад 4 години. Щоденна кількість часу, проведеного в Інтернеті, зросла з 2012 по 2020 рік на **60 хвилин як у будні, так і у вихідні дні.** Цифрові технології виходять за рамки екрану, який відкриває перед дітьми різні можливості.

Цей вік є тяжким,але його можна досить комфортно оминути, як засвідчує наша практика. У цьому моменті слід перейти із дитячих стосунків на дорослі, оскільки підліток вважає себе дорослою особистістю. Але по суті він залишається учнем в школі та дитиною вдома.

Дійсно не важливо, скільки часу ми використовуємо смарт пристрої; важливо те, як ми їх використовуємо і **що відбувається у нашому мозку у відповідь.**



Зростаючий людський мозок **постійно будує нейронні зв'язки,** відсікаючи менш використовувані, і використання цифрових медіа відіграє активну роль у цьому процесі. Велика частина того, що відбувається на екрані, забезпечує "збіднілу" стимуляцію розвитку мозку порівняно з реальністю. **«Нудьга – це простір, де відбувається творчість та уява»**

Паспортизація- це, по суті, і є цифровізацією. Це можна порівняти із своєрідною «Матрицею Фібоначчі», що являє собою числову послідовність задану рекурентним співвідношенням другого порядку. Цифрові кластери з інформацією примикають один до одного та створюють геніальний продукт, як черешки листя примикають до стебла по спіралі, що проходить між двома сусідніми листками, як лусочки на ялиновій шишці, насіння соняшника роз-

ташовані спіралями, причому кількості спіралей кожного напрямку також, як правило, числа Фібоначчі.

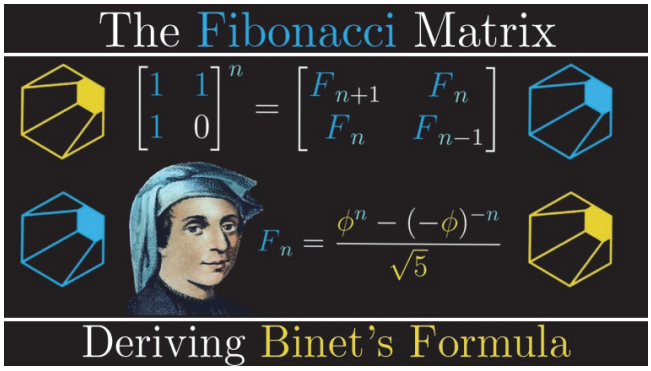
Важко сказати, коли вперше з'явився термін «цифрові технології», який був перший цифровий пристрій та хто його придумав. Але ясно те, що історія цих технологій розпочалась задовго до виникнення обчислювальної техніки.

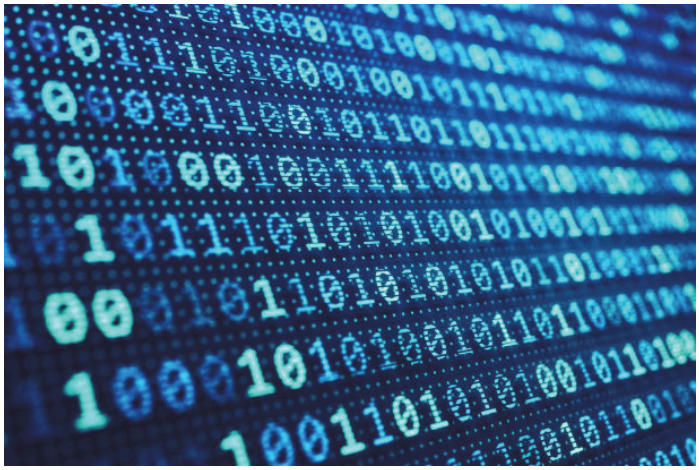
Цифрові технології породили засоби креативного добутку інформації.

Матриця Фібоначчі наочно:

Суцвіття соняшника з 34 спіралями в один бік і 55 в інший

Цифрова матриця Фібоначчі





Цифровий код

Як в природі зашифровано особливий код для надання витворам творця досконалості, так само за допомогою цифрового коду людина створює свої витвори цифрової інформації.

У психології відзначені переломні моменти, кризи, перевороти, що знаменують на життєвому шляху людини перетворення структури та функції душі. Якщо людина успішно подолала ці кризи, стає здатною вирішувати завдання нового класу, про які раніше навіть не замислювався. Щоб з'ясувати, як розвивається механізм творчості, скористаємося математикою, а саме законами чисел Фібоначчі та пропорцією «золотого перетину» – законами природи та життя людини.

Наявність корінних змін дає підстави розглядати час життя як вирішальний чинник розвитку духовних якостей. Адже природа відмірює нам час не щедро, «не скільки буде, стільки і буде», а рівно стільки, щоб процес розвитку матеріалізувався:

- у структурах тіла;
- у почуттях, мисленні та психомоториці — поки вони не набудуть гармонії, необхідної для виникнення та запуску механізму творчості;
- у структурі енергопотенціалу людини.

Розвиток тіла не можна зупинити: дитина стає дорослою людиною. З механізмом творчості не так все просто. Його розвиток можна зупинити та змінити його напрямок.

Чи існує шанс наздогнати час? Безперечно. Але для цього необхідно виконати величезну роботу над собою. Те, що розвивається вільно, природним шляхом не вимагає спеціальних зусиль: дитина вільно розвивається і не помічає цієї величезної роботи,

тому що процес вільного розвитку створюється без насильства над собою.

Як розуміється сенс життєвого шляху у повсякденному свідомості? Обиватель бачить його так: біля підніжжя – народження, на вершині – розквіт сил, а потім все йде під гірку.

Мудрець скаже: все набагато складніше. Сходження він поділяє на етапи: дитинство, юність, юність... Чому так? Мало хто здатний відповісти, хоча кожен упевнений, що це замкнуті, цілісні етапи життя.

Якщо розгорнути ряд цифр Фібоначчі, то отримаємо: 1,1, 2, 3, 5, 8, 13, 21, 34, 55, 89 і т.д. Відношення між числами Фібоначчі становить 0,618. Воно знайдено древніми єгиптянами та використано в математиці Піфагором. Це результат поділу цілого на дві нерівні, але пропорційні частини. Свого часу її називали «божественною пропорцією», «золотим розподілом», а пізніше Леонардо да Вінчі вжив уперше для позначення пропорції загальноприйнятий термін — «золотий перетин».

З того часу ця пропорція була знайдена в багатьох природних явищах: у будові нашого тіла, у ботаніці, у процесах квантової механіки тощо., музиці, естетиці та ін. Розвиток людини також відбувається відповідно до цієї пропорції та підпорядковується закону її чисел, поділяючи наше життя на етапи з тими чи іншими домінантами механізму творчості.

Числа Фібоначчі ділять наше життя на етапи за кількістю прожитих років:

0 – початок відліку – дитина народилася. У нього ще немає як психомоторика, мислення, почуття, уяву, а й оперативний энергопотенциал. Він – початок нового життя, нової гармонії;

1 — дитина опанувала ходьбу та освоює найближче оточення;

2 – розуміє мову і діє, користуючись словесними вказівками;

3 – діє за допомогою слова, ставить запитання;

5 — «вік грації» — гармонія психомоторики, пам'яті, уяви та почуттів, які дозволяють дитині охопити світ у всій її цілісності;

8 – на передній план виходять почуття. Їм служить уява, а мислення силами своєї критичності спрямоване на підтримку внутрішньої та зовнішньої гармонії життя;

13 – починає працювати механізм таланту, спрямований на перетворення набутого в процесі наслідування матеріалу, розвиваючи свій власний талант;

21 – механізм творчості наблизився до стану гармонії та робляться спроби виконувати талановиту роботу;

34 – гармонія мислення, почуттів, уяви та психомоторики: народжується здатність до геніальної роботи;

55 – у цьому віці, за умови збереженої гармонії душі і тіла, людина готова стати творцем. І так далі...

Що таке засічки «Чисел Фібоначчі»? Вони можна порівняти з греблями на життєвому шляху. Ці греблі чекають на кожного з нас. Насамперед необхідно подолати кожну з них, а потім терпляче піднімати свій рівень розвитку, поки одного прекрасного дня вона не розвалиться, відкриваючи вільній течії шлях до наступної.

Тепер, коли нам зрозуміле значення цих вузлових точок вікового розвитку, спробуємо розшифрувати, як усе це відбувається.

У 1 рік дитина опановує ходьбу. До цього він пізнавав світ передньою частиною голови. Тепер же він пізнає світ руками

Якщо ми говоримо про підлітковий вік то провідними мотивами будуть: вибір професії, вибір коханої людини, вибір цінностей, цементування своєї свідомості на специфічну форму альтруїзму. Через це підлітки знаходяться у формі роздвоєності та параної дальній формі розвитку.

Наші методи: генетико-моделюючий, експериментально-генетичний та генетико-креативний дають можливість вийти на визначення атрибутивних ознак нужди. В нашій діагностиці існує і формування, що несе в собі креативний елемент.

Метод має бути адекватний предмету. Тривалі і різнобічні дослідження, проведені нами в контексті **впливу на особистість**, показали, що тільки генетичний підхід може вивести психологію за рамки вказаної парадигми, оскільки будь-яке психологічне явище може бути зрозуміле з точки зору його саморозвитку . Нас цікавить **розвиток психіки** людини як вільної і **креативної особи**, здатної змінювати як світ зовнішній, так і внутрішній, власний. На етапі теоретичної розробки принципово нового методу, який має

назву – “генетико-креативний”, з який детально описується я у томі № 1 цієї книги.

Здатність до саморегуляції поведінки – ще одна сутнісна ознака особистості. Відомо, що досить довгий час в онтогенетичному розвитку збалансованість психологічних процесів досягається завдяки неусвідомлюваним механізмам так званої базальної емоційної регуляції. Ці механізми працюють незалежно від бажання людини, і сенс їхньої роботи полягає в забезпеченні психологічно комфортного і стабільного стану внутрішнього світу. Вони діють протягом всього життя людини, але з ускладненням життєвої ситуації (а це є прямим наслідком розвитку і соціалізації) їх дія виявляється недостатньою – занадто складними й неоднозначними стають умови життя. Тому в **особистості здійснюється формування принципово нових механізмів**, які управляються свідомо самою людиною. Ми змінюємо концептуальні механізми, переходячи від того, щоб дивитися на взаємодію людини з цифровим середовищем та вплив на нього, як на створення ризику для свого психічного здоров’я або на його захист,-до розгляду цієї поведінки, пов’язаної з цифровими технологіями.

Метод має бути адекватний предмету. Тривалі і різнобічні дослідження, проведені нами в контексті психологічного **розвитку моделі діджитал впливу на особистість,** показали, що тільки генетичний підхід може вивести психологію за рамки вказаної парадигми, оскільки будь-яке психологічне явище може бути зрозуміле

з точки зору його само-розвитку. На етапі теоретичної розробки принципово нового методу, який має назву – "генетико-креативний" – розроблені і визначені основні його принципи, а саме:

Як в монеті чеканяться сторони особистості, так само цей метод дає можливість зробити чеканку з різних сторін особистості та стерти гострі кути її недоліків. Цей метод наче ввінчується в ці недоліки. Таким чином і формується особистість: «Оскільки особистість має вибудуватись».

Принцип розвитку означає врахування онто- і актуалгенезу як саморозвитку складної гетерогенної нелінійної системи, якими є особистість і група. Врахування цього є абсолютно необхідним вже тому, що, за нашими попередніми даними, вихідна сила (нужда), що зумовлює саморозвиток, має відпочатково **креативний характер**. Наш новий метод покликаний дати можливість розкритисть цій творческості, не порушуючи процес інтериоризації **крізь призму діджитал технологій безпосередньо**. Соціальне привласнюється дуже легко, напрочуд легко, якщо зважити на те, що перед нами біологічна, по суті, особина. Без наявності нужди стати особистістю ніяка біологічна дресура не може призвести до соціального становлення індивіда.

Розуміння нужди як єдиної суперечливої цілісності біологічного і соціального дає можливість **більш змістовно розглядати її специфічні породження** – психологічні засоби, соціальні потяги, інші структури, формування яких визначає спрямованість і саме існування особистості.

Принцип взаємодії означає для нас, що суперечність "нормативність – креативність" може бути реально розв'язана лише в свободній взаємодії. Мова йде про творчу унікальність особистості, яка пронизує весь її життєвий шлях. Уже сам початок нової людини є нічим іншим, як результатом творчого акту упредметнення своєї нужди двома люблячими істотами. Це відображає як висо-

кий рівень залучення цифрових технологій до повсякденного життя молодих людей, так і величезний потенціал трансформації послуг з охорони психічного здоров'я шляхом покращення доступу до обґрунтованих фактами цифрових ресурсів та втручань, а також шляхом автоматизації частин шляхів діагностики, моніторингу та лікування. ***Цифрові втручання*** та інструменти в галузі психічного здоров'я мають потенціал як для того, щоб подолати розрив у лікуванні психічного здоров'я дітей та молоді, так і, що важливо, вийти за рамки простого тиражування традиційних інтернет-вправ в Інтернеті, надаючи ефективніші, доступніші та більш економічно вигідним.

Наше ессе «Психологічні етюди» несе в собі різноманітні функції, з поміж яких : проектування, формування, здійснення та вирівнювання когнітивних здібностей. Адже метод виступає ключовою одиницею дослідження у привласнені тих чи інших сторін особистісного характеру. Створення такої системи дає можливість перейти в цифровий режим для знайомства з великим обсягом інформації для більш детального та глибокого, сенситивного матеріалу, який привласнюється суб'єктом і стає одиницею його свідомості.

Нам здається, що таке наше розуміння відкриває нові можливості в дослідженні конкретних проблем, у тому числі й цифровізації особистості. Так, розглядаючи це питання, слід зараз зауважити, що навчання з використанням ІТ дійсно має "забігати" наперед розвитку, але з урахуванням того моменту, який конституює відпочатковість цього відношення. Адже нужда породжує і

актуальний рівень розвитку, і зону найближчого розвитку, оскільки є, взагалі, тим вихідним, що визначає психічне буття людини як таке.

Принцип невизначеності та індетермінізму, як опозиція передбачуваності, припускає постановку перед особистістю завдань, які відпочатково несуть в собі тенденцію до помилки. Помилкові дії, їх усвідомлення та значення, наскільки нам відомо, в такому контексті не вивчалися. Однак вони (і саме вони) можуть, на певному етапі виступити водночас індикаторами і чинниками процесу творчості. **Діджитал завдання мають бути зорієнтовані на:**

Принцип терапевтичної дії пов'язаний з нашим переконанням у тому, що процес творчості є необхідною складовою психологічного життя кожної людини (дитини) і створення відповідного креативного середовища, тим самим, позитивно впливатиме на його учасників. Погоджуємося із думкою Р. Стернберга, що розвиток творчості пов'язаний із спроможністю йти на розумний ризик, передбачає готовність переборювати перешкоди, внутрішню мотивацію, толерантність щодо непевності, готовність протистояти думці навколишніх. Проявити креативність неможливо, якщо відсутнє творче середовище. **Творчість, реалізація креативного потенціалу сприяють відчуттю гармонії, психологічному благополуччю особистості, що певною мірою може бути реалізовано через діджитал-інструментарій.**

Тим самим актуалізуються творчі потенціали учасників освітнього процесу, виникає переживання задоволеності і радості від участі вколективній події. Вважаємо, що впровадження описаного методу сприятиме творчому розвитку і психологічному здоров'ю учасників освітнього процесу через призму діджитал прогресу.

Ми вважаємо, що с еволюціонуючий суспільний лад, наукові, технологічні засоби, IT-технології, Digital технології, дають можливість перетворити знання, надбання, компетентності та професіоналізм перетворити в продукт, який дасть можливість і рухатися державі у правильному напрямку. Створюється ситуація, що не тільки зачіпає біологічне та соціальне. Адже сьогодні людство вступило у новий, складний і неоднозначний період, який характеризується постійними кризами різного змісту і ступеня глибини, пов'язаними у тому числі з людським чинником, стосунками між державами і людьми, глибинним нерозумінням одне одного. Сучасні війни носять також цифровізовано – гібридний формат, що спричиняють суспільно-економічні кризи, які виводять на перший план соціально-психологічні та психологічні проблеми, що також зумовлюють надзвичайно високу значущість психологічної науки, її вирішальну роль у забезпеченні розвитку держави і суспільства.

Тема 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЇ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

1.1 Теоретико-методологічні засади психології здоров'я людини

КЛЮЧОВІ ПОНЯТТЯ ТЕМИ: психологія здоров'я людини, нозоцентричний та нормоцентричний підхід, біоетика, деонтологія, права людини, права пацієнта, професійні обов'язки лікаря.

На сьогодні проблема здоров'я населення – одна з глобальних проблем, вирішення яких обумовлює не тільки кількісні та якісні характеристики майбутнього розвитку людства. Сьогодні проблема здоров'я набула планетарного масштабу, поряд з такими, як екологічна катастрофа, демографічна проблема, загроза світової війни.

Психологічний стан сучасного суспільства характеризується відчуттям невпевненості у завтрашньому дні, переважанням негативного настрою, агресивністю, запальністю, правленням більшості до штучної стимуляції організму за допомогою лікарських засобів, наркотичних речовин, екстремальної поведінки. Високий рівень інтелектуального розвитку більше не вважається суспільною цінністю. Про це можна судити з оплати інтелектуальної праці – що часто набагато нижча за ту, що отримують за низько кваліфіковану фізичну роботу.

Серед проблем, що є найбільш гострими і актуальним для застосування психології, відзначимо наступні:

- проблема становлення особистості;
- проблема психічного здоров'я людини;
- проблема інтимно-особистісних взаємовідносин людей;
- проблема існування людини в орієнтації;

- проблема «інформаційного вибору» і реагування людини на необроблений, недозований і неперевірений потік інформації;
- проблема впливу політичних проблем на існування людини;
- проблема перевиконання і психокорекції (в тому числі пов'язана з делінквентною поведінкою);
- проблема відношення до майбутнього і адиктивна поведінка;
- проблема дійсного дослідження сучасних психологічних особливостей людини (як показує практика, зокрема, дані вікової психології, які використовуються, в тому числі і для навчання студентів, є такими, що не відповідають дійсним сучасним психологічним особливостям дітей, юнацтва та дорослих людей).

1.1.1 Предмет і завдання дисципліни «Психологія здоров'я людини» та її роль у формуванні світогляду медика

Предмет: ПЗЛ вивчає вплив *психологічних чинників* на здоров'я та поведінку у випадку хвороби, психологічні аспекти здорового способу життя, аналіз та оптимізацію системи охорони здоров'я та пропаганда здоров'я. Курс інтегрує у собі комплекс базових знань з психосоматики, деонтології та її впливу на терапевтичний ефект і поведінку людини, про взаємозв'язок емоцій та когнітивних процесів, а також включає актуалізацію знать студентів з вікової психології, історії психології, соціальної та медичної психології, нейрофізіології та психофізіології, психотерапії.

Мета курсу ПЗЛ: визначення знань та умінь з основних положень психології здорової особистості, психології здорового способу життя, порушень психологічного здоров'я людини, медико-соціальних основ психічного здоров'я та психосоматичних взаємодій в медицині.

Пізнання методологічної природи здоров'я можливе лише за умови врахування основних проблем у сфері його охорони. Так, соціологічні дослідження підтверджують наявну невідповідність сучасної системи охорони здоров'я очікуванням населення. На

думку соціологів, основні проблеми, на вирішення яких повинна бути спрямована політика охорони здоров'я з орієнтацією всіх сфер життєдіяльності суспільства на збереження і зміцнення здоров'я як сутності життя і суспільного орієнтиру нації, пов'язані із низкою чинників. Серед яких передусім виділено погіршення стану здоров'я населення внаслідок зниження рівня життя та забруднення навколишнього середовища і, зокрема, наслідків Чорнобильської катастрофи, а також високого рівня зайнятості на виробництвах з несприятливими для здоров'я умовами праці. Не сприяє цьому і сам устрій системи охорони здоров'я (ОЗ), орієнтований на хворобу, а не на здоров'я, відсутні адекватні стимули для ефективної профілактики з боку медичних працівників – з одної сторони, та для поведінки самозбереження населення – з іншої. Декларація формування єдиного медичного простору без розробки механізму його забезпечення теж виступає дестабілізуючим чинником в питаннях втілення ідей збереження здоров'я в життя. Знання засад ПЗ дає можливість ураховувати механізми становлення, дезінтеграції та адаптації і дезадаптації особистості під впливом зовнішніх і внутрішніх факторів та шляхи їх регуляції.

Вивчення основ психології здоров'я людини сприяє вихованню гуманності у студентів-медиків, набуттю певного практичного досвіду, необхідного для реалізації гуманістичних знань у практичній діяльності. Важливим аспектом виховання гуманності майбутніх медиків є формування наукового світогляду і закріплення гуманістичних надбань, які розвиваються та адаптуються на основі власної ініціативи самих студентів, їх саморозвитку та самовдосконалення.

Першою і найголовнішою цінністю для майбутнього лікаря є життя іншого, його складність та суперечність. Розуміння життя з філософської точки зору, а не сприймання його як механічною сукупності фізіологічних процесів має стати наріжним каменем світогляду майбутнього лікаря. Подальший розвиток цивілізації зі змінами довкілля і екології, впливом на стан здоров'я людини вимагає необхідність переходу від однобічно-гносеологічного («здоров'я-хвороба» або «здоров'я – патологія») підходу до ціннісного підходу в розумінні здоров'я

людини. Усвідомлення ціннісного змісту поняття «здоров'я людини» – крок до розв'язання багатьох проблем медицини.

Новітні технології та відкриття в науці суттєво змінюють світоглядні уявлення, торкаються глибинних екзистенційних характеристик самої людини. Проте, як слушно зауважив В.О. Яковлєв, «разом із усвідомленням принципіальної амбівалентності будь-якого знання має прийти розуміння необхідності установлення моральних нормативів», підґрунтям для яких будуть ціннісні орієнтації вченого, а не його професіоналізм. Лікар має усвідомлювати, які наслідки або побічні ефекти можливі після використання тих чи інших методів діагностування та лікування.

Формування системного соціального бачення є для майбутніх лікарів настільки ж необхідним, наскільки є необхідними власно медичні знання. Прийнята суспільством ціннісна система транслюється через мистецтво, філософію, соціологію тощо. Глибоке вивчення саме соціально-гуманітарних дисциплін дає змогу зрозуміти соціально-філософський зміст буття, проаналізувати багатозначні процеси суспільного життя, поринути у багатий внутрішній світ особистості та її свідомість і, як результат, усвідомити та закріпити загальноприйняті для даної епохи цінності.

1.1.2 Зв'язок психології здоров'я людини з іншими медичними дисциплінами, нозоцентричний та нормоцентричний підхід до курації

Існує значне розходження і відносно визначення основних дефініцій «здоров'я» – поняття, що правомірно віднести як до медичних категорій, так і до філософських і соціально-психологічних понять. Прояви її здоров'я або нездоров'я пов'язані не тільки з нормальним функціонуванням організму, а й обумовлені її психосоціальним благополуччям, ефективною соціально-психологічною адаптацією, реалізацією особистості у соціумі. На розвиток предмету «Психологія здоров'я людини» істотно впливають такі медичні дисципліни:

- Філософія
- Соціологія

- Гігієна, психогігієна – наука про шляхи збереження та зміцнення ПЗ (має особливе значення у зв'язку з психоемоційними чинниками в діяльності людини та розвитком захворювань, ускладненням міжособистісних відносин у виробництві та побуті).
- Валеологія (комплексна наука про здоров'я, що вивчає фізіологічні та психологічні можливості людини, закономірностях їх розвитку, способи вдосконалення шляхом зміцнення фізичного, психічного та соціального здоров'я).
- Епідеміологія – вивчає поширеність та частоту різноманітних захворювань.

Експериментальна та клінічна психологія – вивчає психічні розлади та психічні аспекти соматичних хвороб.

Медична антропологія – вивчає психологічні аспекти діяльності лікаря та особливості хворого.

Педагогіка – виховання в особистості потруби у здоровому способі життя.

Психіатрія

Вікова психологія

Соціальна психологія, медицина – вивчає плив соціальних чинників на здоров'я людини та шляхи його оптимізації.

Інженерна психологія

Психологія розвитку та особистості

Психофізіологія

Дефектологія

Вихід за межі визначення здоров'я як медичної категорії може бути пов'язаний з недостатністю спроб підвищити рівень здоров'я особи через акцент на формування лише фізичного і соматичного здоров'я. Співвідношення і оцінки означених понять – фізичного, соматичного, психічного, психологічного здоров'я, обговорювались у численних наукових працях. В сучасній медицині сформовано наступні підходи до питань здоров'я:

1.Нормоцентричний підхід за якого здоров'я розглядається як сукупність середньостатистичних норм сприйняття, мислення,

емоційного реагування та поведінки в поєднанні з нормальними показниками соматичного стану індивіда.

2.Нозоцентричний підхід має на увазі оцінку поведінки, вчинків, діяльності людини з позицій пошуку і виявлення відхилень від норми, виявлення симптомів хвороби. Необхідною передумовою при цьому є знання цих симптомів, закономірностей їх прояву та розвитку з метою найбільш ранньої діагностики патології та її корекції. Ступінь вираженості патологічних змін при цьому може бути відображена показниками від нуля (при «ідеальній нормі») до вкрай важких розладів, властивих психічної хвороби. При цьому мається на увазі необхідність оцінки змін психіки (симптомів хвороби) у динамка, у розвитку, з урахуванням їх актуальною і потенційної значущості. Нозоцентричний підхід, природно і органічно притаманний фахівцям з аномальним і хворобливих змін психічної діяльності – психіатрів.

3.Феноменологічний підхід трактує проблеми здоров'я та хвороби як фундаментальні засади індивідуального буття. Зазначений підхід ґрунтується на розумінні та емпатії.

4.Холістичний підхід –. здоров'я сприймається як цінність, що набувається індивідом в процесі його становлення.

5.Соціокультурний підхід визначає здоров'я як соціокультурну змінну, його характеристики відносні й обумовлені специфічними соціальними умовами та ментальністю народу.

6.Дискурсивний підхід – здоров'я розглядається як продукт означеного дискурсу зі своєю власною внутрішньою логікою протікання.

7.Соціологічний підхід – аналіз статистичних даних стану здоров'я населення.

У сучасній медицині відбувається поступове подолання тенденції однобічного соматизму, коли в поясненні і лікуванні того чи іншого соматичного відхилення зовсім ігнорується або дуже недооцінюється роль психіки. Ще В.М.М'ясищев зазначав, що «в дійсності, у хворобливому розвитку бере участь і психіка, але в різних захворюваннях її роль буде різною». Слід зауважити, що в галузі медицини протиставлення психічного і соматичного є невиправданим, оскільки на рівні кожного окремого індивіду

дійсна єдність біологічного (тілесного) і психічного (духовного) не викликає сумніву. Карл-Густав Юнг свого часу зауважував: досвід нам говорить про те, що тілесні і духовні процеси відбуваються як єдність, але це питання не для позитивної науки. «Тіло і розум є два аспекти єдиного живого буття, і це все, що нам відомо. Оскільки ми не в змозі помислити їх разом, я схильний говорити, що ці дві речі існують разом деяким чудовим способом». Отже, підвищена увага до психосоматики, що існує в сучасній медичній науці викликана саме прагненням дослідників подолати однобічний «соматизм» у медицині. З точки зору цілісності як кореневої властивості особистості, будь-яка хвороба пов'язана і з соматикою і з психікою, тобто є психосоматичною. В цьому сенсі глибоким і адекватним розумінням проблеми відзначився В.М.М'ясищев: «Хворобливий процес являє собою особливий і своєрідний випадок розвитку. З психологічної точки зору і у своїй психогенетичній динаміці він є своєрідним психогенним утворенням».

Хвороба як особлива ситуація в житті пацієнта активує систему значущих відносин, вищих регуляторних механізмів, які проявляються, з одного боку, в характерних способах сприйняття, переживань і оцінок, а с другого, – в особливостях пристосувальної поведінки.

Процес лікування кожної хвороби супроводжується низкою психологічних явищ, які пов'язані з особистістю хворого, лікаря і терапевтичними методами, що застосовуються, – явищ, які чинять як позитивний, так і часом негативний вплив. Деякі психологічні феномени лікувального процесу (очікування хворих, емоційний контакт між лікарем і хворим, катарсис, усвідомлення тощо) широко висвітлюються в науковій медико-психологічній літературі, але інтерпретуються переважно з позицій психоаналітично орієнтованих теорій.

Пацієнт – не тільки об'єкт діагностики і терапії, але й суб'єкт зі складним психологічним світом, що індивідуально реагує на хворобу і умови мікросоціального середовища. Розвиток і поглиблення психологічного аспекту медичної моделі хвороби дозволяють сприймати хворого не як нозологічну одиницю, а як непо-

вторну індивідуальність. Концентрація уваги лікаря лише на органічних проявах патологічного процесу призводить до сприйняття хворого як носія певної симптоматики поза індивідуальної своєрідності його емоційних реакцій, які нерідко значно впливають на хід хвороби і терапію. Дезорганізація соціального життя пацієнта, що викликається хворобою, іноді більш гостро переживається ним, ніж порушення функціонування організму.

Сучасні принципи терапії значною мірою орієнтовані на мобілізацію і активацію резервів хворої людини. Серед цих резервів велику роль грають психологічні можливості його особистості. Особистісний підхід у терапії дозволяє переборювати недоліки лікарняної практики, що заснована на однобічному біологізаторському розумінні хвороби, так як на відміну від традиційної соматотерапії прагне не тільки усунути симптоми хвороби, але й, опосередковуючи терапевтичні заходи через особистість пацієнту, досягнути відновлення його особистого і соціального статусу.

Соматичні захворювання часто супроводжуються патологічними порушеннями психічної діяльності, тому що при соматичному захворюванні уражається не один який-небудь орган, і не система органів, але в патологічний процес втягується весь організм в цілому, в тому числі і центральна нервова система. Патогенез соматогенних нервово-психічних порушень досить складний. Важливу роль відіграють глибокі зсуви в обміні речовин, що призводять до токсикозу, виснаженню функцій нервових клітин та їх дегенеративним змінам. Крім того, соматичне захворювання само по собі може виступати в якості психотравмуючого фактору.

1.1.3 Біоетика в медичній психології, основні напрямки біоетичних дискусій

Біоетика – (з грецької мови βιοσ – життя, ετηοσ – звичай), нормативне знання, що охоплює моральну проблематику, пов'язану з розвитком біомедичних наук, які стосуються питань передання життя, генетики, медичних досліджень, терапії, турботи про здоров'я і життя людини.

Термін «біоетика» ввів у 1927 Фріц Ягр статті «Біоетичний імператив», як поняття про моральні засади використання лабораторних тварин і рослин. Сучасне уявлення про біоетику розробив у 1971 році американський біохімік Ван Ренслер Поттер з метою виокремлення вчення про моральність людської поведінки з позиції біологічно-медичної галузі та інших соціально-орієнтованих наук про життя.

Моральність людської поведінки у біологічно-медичній галузі та в сфері охорони здоров'я розглядається стосовно її відповідності моральним нормам та цінностям. Йдеться про дозволеність медичних втручань в людський організм з точки зору права, зокрема, тих втручань, що пов'язані з розвитком біологічних і медичних наук. Використання біологічних наук на службі людині з метою покращити умови життя також має морально-етичний аспект. У сферу інтересів біоетики включаються також проблеми створення та інтродукції в біосферу трансгенних рослин і тварин, використання генетично модифікованих харчових продуктів.

Біоетика – це сукупність понять і принципів, направлених на моральне вдосконалення людства, охорону прав і достоїнств людини у зв'язку з революційними досягненнями сучасної біології, особливо молекулярної генетики, генетичної інженерії, розшифрування генома людини і тварин. Біоетика намагається визначити межі медичного втручання людини, а також визначити моральну вартість медичних діянь, які розглядаються. «Становлення і все ширший розвиток біоетики сприяє рефлексії і діалогу – між віруючими і невіруючими, а також між прихильниками різних релігій – про основні етичні проблеми, пов'язані з людським життям». Біоетика закладає глибокий фундамент «цивілізації любові та життя», без якої існування осіб і суспільства втрачає свій найбільш людський сенс.

Біоетика спричиняє до зростання інтересу до якості життя, а також до екології, що особливо актуально в суспільствах з високим ступенем розвитку, в яких люди прагнуть вже не тільки до запевнення собі основних засобів до життя, скільки до глобалізованого покращення умов життя. В сучасному суспільстві людство стоїть перед надлюдським, драматичним змаганням між злом і добром, між смертю і життям, між «культурою смерті» і «культурою

життя». Всі ми беремо участь у цьому, а отже, не можемо ухилятися від безумовного обов'язку відповідальності за життя.

Біоетика – це наука, яка займається відношеннями, які етика має із проблемою пов'язаної з життям, як наприклад: штучне запліднення, генетична маніпуляція, розмноження – in vitro, тощо. Наука яка ставить у стисле відношення науки, як наприклад: біологія, біомедицина, технологія, яка ними пов'язана, якої природа не тільки етична, але юридична і соціальна.

Фактори формування біоетики:

- Швидкий прогрес медичних технологій біомедичних досліджень;
- Проблеми етичного та правового регулювання наукових досліджень;
- «Прогностичний» характер сучасної медицини;
- «Ускладнення» медичної практики інституціональним оточенням;
- Комерціалізація медицини та науки в цілому;
- Пріоритетність питань охорони здоров'я на політичному рівні;
- Закріплення нового розуміння характеру взаємовідносин між лікарем та пацієнтом.

Типологія біоетичних проблем XX століття:

- Проблеми початку людського життя (ембріологія, штучне запліднення, проведення досліджень на ембріонах, підтримка вагітності що перебуває під загрозою)
- Проблеми кінця людського життя (вмирання, евтаназія)
- Проблеми збереження фізичної та психічної цілісності людини
- Проблеми відповідальності громадянина та держави у питаннях охорони здоров'я.
- Проблеми експериментування.
- Проблеми трансплантації органів та тканин.

1.1.4 Права людини і професійні обов'язки лікарів в міжнародних та національних регламентуючих документа

Моделі взаємодії лікар-пацієнт:

1.Інженерна – відношення як до безликого механізму, виправлення відхилень фізіологічного механізму. Методи діагностики – фізіологічні параметри, біохімічні та рентгенологічні. Суперечить принципу поваги до автономії хворого. Пацієнт не приймає участі у обговоренні.

2.Пасторська – передбачає встановлення відносин за типом «батько-дитина», «керівник-підлеглий». Супроводжується любов'ю, милосердям, турботою, справедливістю. Патерналізм морально виправдовує себе у сфері педіатрії та психіатрії.

3.Колегіальна – рівноправні відносини, при яких лікар повідомляє правдиву інформацію пацієнту (діагноз, методи лікування, можливі ускладнення). Пацієнт приймає участь у дискусії, реалізує право вільного вибору. Негативний вплив на процес лікування може справляти некомпетентність лікаря чи особливості психіки пацієнта.

4.Контрактна – заснована на ідеї суспільного договору, кожна сторона несе свої обов'язки та має вигоди. Договір заключається на медичне обслуговування з певним медичним закладом чи посередньо через страхову компанію. Система передбачає захист моральних цінностей особистості, однак займає незначне місце у структурі медичної допомоги населенню.

Розвиток вітчизняної охорони здоров'я поряд з іншими характеристиками визначається зміною суті традиційних відносин лікаря і пацієнта. Відносини ці сьогодні в більшому ступені починають здобувати ліберальну маркетингову сутність. Крім класичних визначень, лікар, як фахівець, що допомагає при утраті фізичного і психічного здоров'я, що приймає пологи і продовжують життя, що полегшує страждання страдженних – починає виступати як виробник медичних послуг і продавець своєї праці і його результатів. Лікуючий лікар може обиратися безпосередньо пацієнтом або призначатися керівником закладу охорони здоров'я чи його підрозділу. Обов'язками лікуючого лікаря є своєчасне і кваліфіковане обстеження і лікування пацієнта. Пацієнт має право вимага-

ти заміни лікаря. Лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, за умови, що це не загрожуватиме життю хворого і здоров'ю населення. Лікар не несе відповідальності за здоров'я хворого у разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму.

Обов'язки лікаря. Для виконання своїх обов'язків лікар повинен мати свободу професійних дій, узгоджених з його сумлінням і вимогами сучасної медицини. За лікарем зберігається свобода вибору в застосуванні обґрунтованих методів (визначених національними стандартами лікування), які, на його думку, є найвиправданішими. Лікар повинен, однак, обмежитись такими діагностичними, лікувальними і профілактичними заходами, які дійсно необхідні хворому та відповідають сучасному рівню медичних знань.

В окремих ситуаціях лікар може відмовитись або ж ухилитись від лікування хворого, крім випадків, коли надання невідкладної лікарської допомоги не терпить зволікання. Не маючи змоги надати медичну допомогу хворому, або ж ухиляючись від неї, лікар зобов'язаний вказати хворому, а також його законним представникам, на іншу можливість її одержання.

Лікар може здійснювати лікарські заходи виключно з медичних та (або) естетичних показань.

Лікар повинен старанно провести діагностування, лікування і профілактику, присвячуючи на це необхідний час. Лікар може почати лікування тільки після попереднього обстеження пацієнта. Винятком є хіба надзвичайні ситуації, за яких негайна лікарська допомога у формі поради може бути надана лише на відстані.

Проводячи діагностування, визначення нозології, профілактику і лікування, лікар не повинен виходити за межі своїх професійних можливостей. Якщо ці заходи перевищують компетенцію лікаря, він повинен звернутися до компетентнішого колеги. Це не стосується надзвичайних ситуацій і важких захворювань, при яких зволікання може загрожувати здоров'ю і життю хворого.

Лікар повинен дбати про такі умови виконання своїх обов'язків, які забезпечують відповідну якість опіки над хворим.

Лікар зобов'язаний доброзичливо та культурно ставитись до пацієнта, шанувати його особисту гідність. Лікар зобов'язаний поважати право пацієнта на свідому участь у прийнятті основних рішень, що стосуються його здоров'я.

Пацієнт повинен одержати доступно сформульовану інформацію щодо стану свого здоров'я. Пацієнт має знати про ступінь потенційного ризику діагностичних і профілактичних заходів та очікуваного покращання, що пов'язані з цими діями, а також про можливість іншої тактики лікування. Лікар не може використовувати свого впливу на пацієнта поза лікувальною метою.

Діагностування, лікування і профілактика вимагають згоди пацієнта. Якщо пацієнт нездатний свідомо виявити свою волю, тоді це може зробити його законний представник чи фактичний опікун, тобто особа, яка постійно ним опікується. Діагностування, лікування чи профілактику можна розпочати без згоди хворого лише в особливих випадках, коли є загроза життю та здоров'ю пацієнта або інших осіб. У випадку відмови пацієнта від пропонованих заходів лікар повинен, у міру можливостей, оточувати його лікарською опікою.

За бажанням пацієнта лікар може не інформувати його про стан здоров'я чи перебіг лікування. Пацієнт може також назвати осіб, які контактуватимуть з лікарем від його імені. Надання інформації родині, коли це можливо, повинно бути погоджене з хворим. Якщо хворий непритомний, то для його добра лікар може поінформувати іншу особу, будучи впевненим, що вона діє в інтересах хворого. У випадку хвороби дитини лікар зобов'язаний вичерпно поінформувати її батьків або опікунів.

Якщо прогноз для хворого несприятливий, його слід тактовно й обережно повідомити про це. Інформацію про діагноз і несприятливий прогноз лікар може подати лише тоді, коли він твердо переконаний, що це не завдасть глибоких страждань або інших шкідливих для здоров'я пацієнта наслідків; проте, якщо пацієнт наполягає на цьому, лікар повинен її подати.

Лікар не має права перешкодити хворому звернутись до іншого лікаря з проханням про визначення стану його здоров'я і оцінки лікувальних заходів. Якщо хворий цього бажає, лікар повинен сприяти в одержанні такої консультації.

Під час лікування хворий має право користуватись опікою родичів або друзів, звертатись до осіб духовного стану. Лікар повинен з належним зрозумінням ставитись до близьких хворому осіб, які турбуються його життям і здоров'ям.

Лікар, який опікується хворим, повинен забезпечити безперервність лікування, а якщо необхідно – забезпечити опіку інших лікарів.

Якщо в процесі лікування лікар допустив серйозну помилку або ж виникли непередбачені ускладнення, він повинен поінформувати про це хворого та вжити заходів для їх усунення.

Коли ж стан хворого вимагає застосування особливих методів діагностування, терапії чи профілактики, які одночасно не можна застосувати усім пацієнтам, що їх потребують, лікар встановлює черговість їх здійснення для пацієнтів, керуючись медичними критеріями.

Надання медичної допомоги в невідкладних та екстремальних ситуаціях. Медичні працівники зобов'язані подавати першу невідкладну допомогу при нещасних випадках і гострих захворюваннях. Медична допомога забезпечується службою швидкої медичної допомоги або найближчими лікувально-профілактичними закладами незалежно від відомчої підпорядкованості та форм власності з подальшим відшкодуванням витрат.

У невідкладних випадках, коли подання медичної допомоги через відсутність медичних працівників на місці неможливе, підприємства, установи, організації та громадяни зобов'язані надавати транспорт для перевезення хворого до лікувально-профілактичного закладу. В цих випадках першу невідкладну допомогу також повинні подавати співробітники міліції, пожежної охорони, аварійних служб, водії транспортних засобів та представники інших професій, на яких цей обов'язок покладено законодавством і службовими інструкціями.

У разі загрози життю хворого медичні працівники та інші громадяни мають право використати будь-який наявний транспортний засіб для проїзду до місця перебування хворого з метою подання невідкладної допомоги або транспортування його в найближчий лікувально-профілактичний заклад.

Подання безоплатної допомоги громадянам в екстремальних ситуаціях (стихійне лихо, катастрофи, аварії, масові отруєння, епідемії, епізоотії, радіаційне, бактеріологічне і хімічне забруднення тощо) покладається насамперед на спеціалізовані бригади постійної готовності служби екстреної медичної допомоги з відшкодуванням необхідних витрат місцевих закладів охорони здоров'я в повному обсязі за рахунок централізованих фондів.

Громадянам, які під час невідкладної або екстремальної ситуації брали участь у рятуванні людей і сприяли поданню медичної допомоги, гарантується у разі потреби в порядку, встановленому законодавством, безплатне лікування та матеріальна компенсація шкоди, заподіяної їх здоров'ю та майну.

Відповідальність за несвоєчасне і неякісне забезпечення подання медичної допомоги, що призвело до тяжких наслідків, несуть органи влади і спеціальні заклади, які обслуговують лікувальні заклади.

Обов'язок надання медичної інформації. Лікар зобов'язаний пояснити пацієнтові в доступній формі стан його здоров'я, мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, в тому числі наявності ризику для життя і здоров'я.

Пацієнт має право знайомитися з історією своєї хвороби та іншими документами, що можуть слугувати для подальшого лікування. В особливих випадках, коли повна інформація може завдати шкоди здоров'ю пацієнта, лікар може її обмежити. В цьому разі він інформує членів сім'ї або законного представника пацієнта, враховуючи особисті інтереси хворого. Таким же чином лікар діє, коли пацієнт перебуває в непритомному стані.

Лікарська таємниця. Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків.

При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в тому

числі у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена анонімність пацієнта.

Загальні умови медичного втручання. Медичне втручання (застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних із впливом на організм людини) допускається лише в тому разі, коли воно не може завдати шкоди здоров'ю пацієнта.

Медичне втручання, пов'язане з ризиком для здоров'я пацієнта, допускається як виняток в умовах гострої потреби, коли можлива шкода від застосування методів діагностики, профілактики або лікування є меншою, ніж та, що очікується в разі відмови від втручання, а усунення небезпеки для здоров'я пацієнта іншими методами неможливе.

Ризиковані методи діагностики, профілактики або лікування визнаються допустимими, якщо вони відповідають сучасним науково обґрунтованим вимогам, спрямовані на відвернення реальної загрози життю та здоров'ю пацієнта, застосовуються за згодою інформованого про їх можливі шкідливі наслідки пацієнта, а лікар вживає всіх належних у таких випадках заходів для відвернення шкоди життю та здоров'ю пацієнта

Застосування методів профілактики, діагностики, лікування і лікарських засобів. У медичній практиці лікарі зобов'язані застосовувати методи профілактики, діагностики і лікування та лікарські засоби, дозволені Міністерством охорони здоров'я України.

В інтересах вилікування хворого та за його згодою, а щодо неповнолітніх та осіб, яких було визнано судом недієздатними, – за згодою їх батьків, опікунів або піклувальників лікар може застосовувати нові, науково обґрунтовані, але ще не допущені до загального застосування методи діагностики, профілактики, лікування та лікарські засоби. Щодо осіб віком від п'ятнадцяти до вісімнадцяти років чи визнаних судом обмежено дієздатними застосування таких методів та засобів проводиться за їх згодою та згодою їх батьків або інших законних представників.

Порядок застосування зазначених методів діагностики, профілактики, лікування і лікарських засобів встановлює Міністерство охорони здоров'я України.

Подання медичної допомоги хворому в критичному для життя стані. Медичні працівники зобов'язані подавати медичну допомогу у повному обсязі хворому, який знаходиться в критичному для життя стані. Така допомога може також подаватися спеціально створеними закладами охорони здоров'я, що користуються пільгами з боку держави.

Активні заходи щодо підтримання життя хворого припиняються в тому випадку, коли стан людини визначається як незворотна смерть. Порядок припинення таких заходів, поняття та критерії смерті визначаються Міністерством охорони здоров'я України відповідно до сучасних міжнародних вимог.

Медичним працівникам забороняється здійснення евтаназії – навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждань.

Якісна і безпечна медична допомога. Пацієнти мають право на якісну медичну допомогу, що відповідає як сучасним технологічним стандартам, так і принципам людяності у стосунках між пацієнтом і надавачем медичних послуг.

Кожному пацієнту при будь-якому медичному втручанні повинна бути гарантована якість і безпека наданої медичної допомоги з метою задоволення потреб, обумовлених його станом, і виключення невиправданого ризику для життя і здоров'я.

Держава забезпечує якість і безпеку медичної допомоги пацієнтам завдяки відповідній системі сертифікації, ліцензування, акредитації і стандартизації, а також належній підготовці і перепідготовці медичного і фармацевтичного персоналу на підставі існуючих державних стандартів навчання, і здійснює контрольні функції за будь-якою медичною практикою. При наданні медичної допомоги пацієнтам повинні використовуватися методики, медикаменти, устаткування і засоби медичного призначення, розроблені, виготовлені чи придбані згідно із встановленими правилами і державними стандартами.

Будь-яке медичне втручання повинно здійснюватися з дотриманням відповідних санітарних норм. Відповідальність за дотримання безпеки медичної діяльності стосовно здоров'я і життя пацієнтів в закладах охорони здоров'я несе адміністрація цих ус-

танов або приватно-лікуючий медичний працівник за місцем здійснення своєї практики.

Відповідальність за порушення прав пацієнта. Особи, винні у порушенні прав пацієнта, визначених цим законом, несуть відповідальність у випадках і в порядку, передбачених цивільним, адміністративним чи карним законодавством України. Шкода, заподіяна здоров'ю пацієнтів у результаті порушення їхніх прав, підлягає відшкодуванню у спосіб, встановлений цивільним законодавством України.

Факт здійснення стосовно пацієнтів протиправних дій, що спричинили заподіяння шкоди їхньому здоров'ю, може бути визнаний у результаті досудового розгляду із залученням організацій із захисту прав пацієнтів, представників інших громадських організацій і професійних медичних асоціацій, страхових організацій і (чи) у судовому порядку. Умови і порядок страхування цивільно-правової відповідальності за шкоду, що заподіяна здоров'ю пацієнта, а також порядок виплати компенсацій визначаються законодавством України.

Професійні права та пільги медичних і фармацевтичних працівників

Медичні і фармацевтичні працівники мають право на:

а) заняття медичною і фармацевтичною діяльністю відповідно до спеціальності та кваліфікації;

б) належні умови професійної діяльності;

в) підвищення кваліфікації, перепідготовку не рідше одного разу на п'ять років у відповідних закладах та установах;

г) вільний вибір апробованих форм, методів і засобів діяльності, впровадження у встановленому порядку сучасних досягнень медичної та фармацевтичної науки і практики;

д) безплатне користування соціальною, екологічною та спеціальною медичною інформацією, необхідною для виконання професійних обов'язків;

е) обов'язкове страхування за рахунок власника закладу охорони здоров'я у разі заподіяння шкоди їх життю і здоров'ю у зв'язку з виконанням професійних обов'язків у випадках, передбачених законодавством;

є) соціальну допомогу з боку держави у разі захворювання, каліцтва або в інших випадках втрати працездатності, що настала у зв'язку з виконанням професійних обов'язків;

ж) встановлення у державних закладах охорони здоров'я середніх ставок і посадових окладів на рівні не нижчому від середньої заробітної плати працівників промисловості;

з) скорочений робочий день і додаткову оплачувану відпустку у випадках, встановлених законодавством;

и) пільгові умови пенсійного забезпечення;

і) безплатне користування квартирою з опаленням і освітленням тим, хто проживає в сільській місцевості, надання пільг щодо сплати земельного податку, кредитування, обзаведення господарством і будівництва власного житла, придбання автомототранспорту;

й) першочергове одержання лікувально-профілактичної допомоги і забезпечення лікарськими та протезними засобами; к) створення наукових медичних товариств, професійних спілок та інших громадських організацій;

л) судовий захист професійної честі та гідності.

Законодавством може бути передбачено інші права та пільги для медичних і фармацевтичних працівників. На них також можуть поширюватися пільги, що встановлюються для своїх працівників підприємствами, установами і організаціями, яким вони подають медико-санітарну допомогу.

Крім того, в нашій країні, як і в багатьох інших країнах, існує спеціальний Закон «Про права пацієнтів в Україні». Ось деякі його положення.

Право на доступ до медичної допомоги. Медичні послуги повинні плануватися й організовуватися у такий спосіб, який би давав можливість пацієнтам на рівний доступ до них, тобто незалежно від таких відмінностей, як раса, мова, релігія, стать, політичні чи філософські погляди, соціальний чи економічний стан, вік, ознаки генетичної спадковості.

Будь-яка відмова лікувальної установи або медичного працівника без законних підстав, передбачених правовими актами, у

наданні пацієнтам медичної допомоги є неприпустимою і розглядається як дискримінація.

В усіх випадках, коли обставини надання медичної допомоги потребують від лікаря здійснити вибір пацієнта, обумовлений черговістю її надання, такий вибір повинен бути зроблений без дискримінації, справедливим чином і обґрунтований тільки медичними критеріями. Пацієнта можна залишити очікувати медичну допомогу тільки тоді, коли цього не можна уникнути і на якнайкоротший час.

Право на дотримання фізичної і психічної недоторканності і цілісності при медичному втручанні. Право на дотримання фізичної і психічної недоторканності і цілісності організму пацієнта є обов'язковою умовою надання йому медичної допомоги і не підлягає ніяким обмеженням, крім тих, які передбачені чинним законодавством України. Це право може бути обмежене чи порушене тільки для порятунку життя пацієнта.

Рішення про медичне втручання, здатне спричинити погіршення фізичного чи психічного стану здоров'я пацієнта, з метою порятунку його життя чи лікування, спираючись на положення статей 7 і 8 цього закону пацієнт, випадку своєї дієздатності, приймає сам на основі повної інформації, наданої лікуючим лікарем, про що робиться запис у медичній документації пацієнта. Рішення про необхідність такого втручання, при недієздатності пацієнта, приймає консиліум лікарів, а в екстрених випадках, якщо неможливо зібрати консиліум, – лікуючий (черговий) лікар, про що також робиться запис у медичній документації пацієнта.

У процесі надання хірургічної допомоги пацієнту не допускається вилучення будь-яких протезів, органів, тканин і середовищ організму, включаючи тканини і середовища, що відриваються в процесі пологів і абортивний матеріал ні на які інші цілі, крім нормалізації стану здоров'я пацієнта.

Право на інформовану згоду. Обов'язковою попередньою умовою будь-якого медичного втручання є згода на це дієздатного пацієнта, отримана на основі наданої йому повної й об'єктивної інформації про таке втручання.

Згоду або незгоду на медичне втручання пацієнт повідомляє лікуючому лікарю або адміністрації установи охорони здоров'я. Якщо пацієнтами є обмежено дієздатні особи, то при одержанні згоди їхніх законних представників на медичне втручання повинна також враховуватися думка самих пацієнтів, яких необхідно залучати до процесу ухвалення рішення у той спосіб, у який вони на це здатні і дозволяють обставини.

Згода пацієнта на медичне втручання може бути виражена усно, письмово або іншим способом. В усіх випадках, коли невиконання медичного втручання може привести до важких наслідків для пацієнта, відмова, надана йому або його законним представникам повинна бути виражена тільки в письмовій формі за підписом пацієнта або його законного представника.

Згода пацієнта необхідна в усіх випадках консервації і використання будь-яких компонентів людського тіла, у т.ч. з метою діагностики чи лікування.

У випадку коли лікар вважає, що медичне втручання необхідне для порятунку життя пацієнта або поліпшить стан його здоров'я, а сам пацієнт не в змозі прийняти рішення і його законний представник не приймає рішення про проведення медичного втручання або є відсутнім, лікар таке втручання робить.

Вирішення суперечностей після виконання такого медичного втручання проводиться в судовому порядку відповідно до законодавства.

Інформована згода пацієнта є обов'язковою умовою його участі в процесі клінічного навчання, медичних і наукових експериментів. Усі протоколи повинні бути надані відповідній етичній експертизі. Медичні і наукові експерименти не можуть бути проведені на пацієнтах, що самі не можуть висловити згоду й у них відсутній законний представник, а також на особах, які перебувають в місцях позбавлення волі.

Право на вибір та відмову від медичного втручання. Пацієнт має право здійснювати самостійний і усвідомлений вибір у процесі діагностики, лікування, навчання, наукових і медичних експериментів на основі самовизначення.

Пацієнт має право на вибір практикуючого лікаря, а також будь-якого іншого медичного працівника чи лікувально-профілактичної установи, за умови, якщо вони мають можливість забезпечити йому відповідну медичну допомогу.

Якщо за медичними показами є доцільним переведення пацієнта в інший лікувально-діагностичний заклад або виписку його додому, то пацієнт має право знати причини такого переводу або виписки. Необхідною умовою переводу є згода іншого закладу прийняти хворого. Якщо після виписки необхідно продовжити лікування або догляд за місцем проживання, то перед випискою необхідно пересвідчитися в тому, що відповідне лікування або догляд будуть реально здійснені.

Пацієнт має право вибору запропонованих йому методів лікування, діагностики і профілактики на основі повної та об'єктивної інформації, що йому зобов'язаний надати лікуючий лікар чи медичний працівник, що має відношення до його лікування.

Пацієнт може вимагати переведення в іншу установу охорони здоров'я, що повинно бути здійснене відповідно до діючого порядку, визначеного законодавством і якщо ця установа має можливість забезпечити відповідне лікування.

Пацієнт має право на заміну лікуючого лікаря, а також будь-якого іншого медичного працівника, причетного до його лікування, за умови, якщо його вимоги обґрунтовані.

Кожен пацієнт має право на повну чи часткову відмову від пропонованої медичної допомоги за умови, якщо йому докладно були роз'яснені наслідки цього рішення.

Відмова від медичного втручання повинна бути добровільною, оформлятися письмово і завірятися підписом пацієнта після одержання ним повної інформації про необхідність запропонованого лікування і можливих наслідків прийнятого ним рішення і включатися в медичну документацію пацієнта.

Пацієнт має право залишити установу охорони здоров'я в будь-який час, навіть якщо його лікар буде вважати продовження лікування необхідним. Водночас пацієнту це може бути заборо-

нено, якщо його стан здоров'я може наразити на небезпеку чи принести шкоду здоров'ю інших осіб.

У випадках недієздатності пацієнта відмову від пропонованої медичної допомоги може виразити його законний представник. Якщо законний представник неповнолітнього чи визнаного недієздатним пацієнта відмовляється від медичного втручання стосовно до пацієнта, але це не має екстреного характеру, проте необхідне для збереження здоров'я пацієнта, рішення про таке втручання приймає суд за поданням адміністрації установи охорони здоров'я, у якій пацієнту було рекомендовано зазначене медичне втручання.

Реалізація права на повну або часткову відмову від пропонованої медичної допомоги може бути обмежене у випадках, передбачених чинним законодавством України, з метою захисту здоров'я, прав і законних інтересів, як самого пацієнта, так і інших осіб.

Пацієнт має право на повну чи часткову відмову від надання інформації щодо свого здоров'я, якщо він висловить таке побажання, призначити у встановленому законом порядку представника для інформування його від свого імені, крім випадків, коли лікар вважає, що пацієнт повинний знати про суть свого захворювання, а також якщо він може наразити на небезпеку здоров'я інших осіб.

Кожен пацієнт має право на відмову від участі в біомедичних дослідженнях, навіть якщо вони поєднані з наданням йому медичної допомоги. Така відмова пацієнта не може бути причиною обмеження його в правах і не повинна бути причиною дискримінації стосовно нього.

Право на конфіденційність. Усі медичні дані про стан здоров'я пацієнта, діагноз, прогноз і лікування так само, як і будь-яка інша інформація персонального характеру, є конфіденційними і не можуть бути розкриті для третіх осіб навіть після його смерті.

Конфіденційна інформація може бути розкрита тільки тоді, коли на це є персональна згода пацієнта чи у випадках, передбачених законом. Лікувальна установа так само, як і медичні працівники, несуть відповідальність за збереження і нерозголошення

інформації про стан здоров'я пацієнта, включаючи дані про його особисте життя, що стали відомими в процесі надання медичної допомоги, а також інформацію, що міститься в письмових документах, архівах і комп'ютерних базах даних, у т.ч. інформацію про особисте майно пацієнта.

Пацієнт може зробити заяву про осіб, що не повинні бути проінформовані про його стан здоров'я. Ступінь захисту інформації повинна бути адекватною формі приховування даних. Якщо згідно чинного законодавства медичний заклад надає конфіденційну інформацію третій стороні пацієнт має право вчасно про це довідатись. Компоненти людського тіла, з яких можна отримати ідентифікаційну інформацію, також повинні зберігатися з дотриманням вимог захисту.

Право пацієнта на дотримання норм медичної етики та у лікувальній практиці з використання досягнень біомедицини. Медичні працівники мають етичний обов'язок і професійні зобов'язання діяти в інтересах пацієнта у будь-який час. Інтереси та благополуччя окремої людини домінують над інтересами суспільства або науки.

Діяльність медичного персоналу будь-якої установи охорони здоров'я в процесі надання медичної допомоги пацієнтам повинна бути заснована на дотриманні норм медичної етики, що включають у себе:

- поважне і гуманне ставлення медичного й обслуговуючого персоналу;полегшення фізичних і моральних страждань, включаючи знеболення, пов'язаних із захворюванням чи медичним втручанням відповідно до наявних наукових знань;
- індивідуальний підхід до пацієнта в процесі надання медичної допомоги;
- дотримання лікарської таємниці; – гуманне ставлення в термінальній стадії невиліковного захворювання.

Пацієнт має право прийняти або відхилити духовну і моральну підтримку, включаючи допомогу духовної особи відповідної конфесії. Хворий, що помирає, має право на гуманне поводження і на гідну смерть Евтаназія (акт навмисного переривання життя

пацієнта) або прискорення його смерті не може бути виконана медичним працівником навіть за проханням самого пацієнта або його близьких родичів.

Допомога лікаря при самовбивстві, подібна евтаназії, навіть безнадійно хворого є неетичною. Дотримання даних норм забезпечується медичним персоналом і керівництвом установ охорони здоров'я усіх форм власності, що надають медичну допомогу пацієнтам.

Втручання з метою модифікації геному людини може здійснюватися лише в профілактичних, діагностичних або терапевтичних цілях і лише за умови, що воно не спрямоване на зміну геному нащадків. Створення ембріонів людини для дослідницьких цілей, а також клонування людини забороняється. Неприпустимим є використання допоміжних медичних технологій для вибору статі дитини, яка має народитися за винятком випадків, коли це робиться задля уникнення серйозних спадкових захворювань, що пов'язані зі статтю.

Етичним має бути ставлення і до тіла померлого. При відсутності родичів, інших законних представників померлого допускається використання органів і тканин тіла покійного в навчальних і наукових цілях за умов дотримання права на повагу до тіла померлого й у порядку, передбаченому законодавством України. Не допускається експорт і імпорт трупів і трупного матеріалу на комерційній чи іншій основі, крім випадків з наступним похованням.

Висновки. Етика лікаря випливає із загальних етичних норм, що стосуються лікарської діяльності. Згідно з ними, лікар повинен поважати права людини та дбати про свою фахову гідність. Кожен лікарський вчинок, що підриває авторитет лікаря, порушує гідність лікарського фаху. Лікар покликаний охороняти життя і людське здоров'я, запобігати хворобам, лікувати хворих і полегшувати їх страждання.

Як у мирний час, так і в дні війни, лікар повинен виконувати свій обов'язок, шануючи людину без огляду на вік, стать, національність, расу, віросповідання, майновий стан, суспільне становище, політичні погляди чи інші обставини.

Документи, що регламентують права лікаря та пацієнта:

- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»
- Закон України «Про права пацієнтів в Україні"
- Етичний кодекс лікаря
- Наказ МОЗ України від 20.09.93 р. №208 «про затвердження тимчасових кваліфікаційних характеристик лікарів-спеціалістів».
- Наказ МОЗ України від 22.06.95 р. №114 «Про затвердження переліку закладів охорони здоров'я, переліку лікарських посад і переліку посад фармацевтичних працівників»;

1.1.5 Етичні та деонтологічні аспекти психології здоров'я людини

Етика – наука про суть, закони виникнення, розвиток і функції моралі, про відносини між людьми і обов'язки, які випливають з цих відносин. Вперше термін «етика» застосував Аристотель, який розумів її як філософію моральної поведінки людей.

Медична етика вийшла з надр загальної етики і її слід розглядати як специфічний прояв загальної етики. Медична етика – це вчення про роль моральних засад у діяльності медичних працівників, про їх високогуманне ставлення до людини як необхідну умову успішного лікування хворого.

Основні етичні норми, які формувалися в процесі надання медичної допомоги хворим, були узагальнені й сформовані вченими-лікарями різних епох, Так, у древньоіндійській книзі «Аюрведа» («Книга життя» – V–VI ст. до н.е.) знаходимо досить чіткий портрет лікаря: «Він повинен мати чисте, співчутливе серце, правдивий характер, спокійний темперамент, вирізнятися великою поміркованістю і порядністю, постійним прагненням робити добро». Перші наукові узагальнення народного досвіду лікування і правил поведінки лікаря біля ліжка хворого знаходимо в працях Гіппократа (V–VI ст. до н. е.) та інших вчених Стародавніх Греції і Риму. В «Клятві Гіппократа» чітко сфо-

рмульовано професійний обов'язок лікаря: «Чесно і добросовісно служити хворій людині, в своїх діях утримуватись від нанесення будь-якої шкоди і несправедливості».

За пропозицією голландського лікаря Ніколаса ван Пульпа (XVII ст.), емблемою медиків стала палаюча свічка. Внутрішній зміст цього символу висловлений у девізі: «Згораю, щоб світити».

Як і в Стародавній Греції, лікарі Середньовіччя приносили клятву на вірність своїй професії. Визначний представник середньовічної медицини арабський філософ і лікар Авіценна (IX–X ст.) у своїй праці «Канон лікарської науки» пише про те, що лікар має володіти очима сокола, руками дівчини, мудрістю змії і серцем лева.

Представники медичної науки XVIII–XIX ст. теж внесли свій вклад у розвиток етичних ідей, і серед них значне місце належить Д. С. Самойловичу. За його словами, «лікарі повинні бути милосердними, співчутливими, послужливими, повинні любити свого ближнього, як самого себе».

М. Я. Мудров – основоположник клінічної медицини в Росії – давав високу етичну оцінку праці жінок, які залучалися до догляду за хворими, і ласкаво називав їх «сиділками». Він відводив їм важливу роль у виходжуванні важкохворих і створенні сприятливої обстановки в лікарнях.

Основний принцип моралі медичного працівника – це гуманізм. Медичному працівникові мають бути притаманні чуйність, увага до хворого, намагання виправдати його довір'я. Медичний працівник повинен не лише сумлінно виконувати свої обов'язки щодо хворого, але й боротися за фізичну досконалість і психічне здоров'я людей, проводити профілактичну і санітарно-просвітню роботу, зберігати лікарську таємницю, надавати медичну допомогу хворому незалежно від його національної та расової належності, політичних і релігійних переконань тощо.

Науку про професійний обов'язок медичних працівників щодо хворих і здорових людей називають деонтологією. Деонтологія – це вчення про принципи поведінки медпрацівників з метою забезпечення максимальної користі для хворого. Основою деонтології є адміністративно-регламентуючі форми (накази, інструкції) норм поведінки медпрацівників, їх професійних обов'язків і ор-

ганізації лікувально-діагностичного процесу. Суть деонтології можна викласти такими словами: «До хворого треба ставитись так, як ти хотів би, щоб ставились до тебе».

Після закінчення вищих медичних навчальних закладів молоді лікарі дають клятву Гіппократа. Клятва вимагає від лікаря бути завжди готовим надати медичну допомогу хворому. В медичних училищах випускники дають Урочисту обіцянку, яка певною мірою відображає зміст присяги лікаря.

Поняття медичної етики та деонтології розповсюджується на весь медичний персонал лікувально-профілактичних закладів, в тому числі медичних сестер і молодших медичних сестер. Медична сестра також має усвідомлювати свою відповідальність за життя хворого, однак це почуття не повинне переходити в сентиментальність, яка стане на заваді зібраності, активності у боротьбі за здоров'я, а нерідко й життя хворого.

Для формування особистості медика важливе значення має рівень загального культурного розвитку, знайомство з літературою, мистецтвом, уміння організувати своє самовиховання. Соціально-психологічною основою ефективного етико-деонтологічного виховання є такі моральні риси, як співпереживання та милосердя. Вони мають стати внутрішньою духовною потребою, моральним кредо людини, яка їх виражає повсякденними вчинками та діями.

До питань етики належать також і медичні помилки, які слід відрізняти від злочинних дій, що караються законом. Професійні помилки можуть бути пов'язані з недостатнім рівнем знань, відсутністю досвіду, недосконалими методами дослідження, їх слід розглядати й аналізувати в колективі, щоб не повторювати більше.

Психологічний клімат у медичному колективі – це не просто сума особистих якостей його співробітників. Він утворюється внаслідок взаємин між членами колективу. Джерелом складних взаємин у деяких медичних колективах часто є відсутність у колективі творчої роботи по спрямуванню зусиль його членів на виконання основного завдання – боротьби за здоров'я хворого.

Висока культура взаємин медичного персоналу – це вимогливість кожного до себе, вміння тактовно та у доброзичливій фо-

рмі звернути увагу своїх колег на їхні недоліки в роботі, а також без образ сприйняти справедливі зауваження щодо своєї особи. Самовпевненість і зарозумілість у роботі медичних працівників неприпустимі, в інтересах хворого треба виявляти максимум такту і самодисципліни.

Формалізована структура змісту теми

Теоретико-методологічні засади психології здоров'я людини

Запитання для самостійної роботи

1. Предмет і завдання дисципліни «Психологія здоров'я людини» та її роль у формуванні світогляду медика
2. Нозоцентричний та нормоцентричний підхід до курації пацієнта
3. Біоетика, в медичній психології.
4. Основні напрямки біоетичних дискусій.

5. Права людини і професійні обов'язки лікарів в міжнародних та національних регламентуючих документа

6. Етичні та деонтологічні аспекти психології здоров'я людини.

Альтернативно-тестові завдання для самоконтролю

1. Скільки на сьогодні існує дефініцій «здоров'я»:

a- 10

b- 50

c- 100

d- Більше 100

e- 5

В чому полягає актуальність визначення поняття «здоров'я»:

a- В визначенні суттєвості здоров'я та його характеристики, в значенні наукового визначення хвороби для статистики захворюваності та витрат на їх профілактику та лікування

b- Опрацювання понятійного апарату в охороні здоров'я

c- Практичному використанні цього поняття у діяльності лікаря (сімейного)

d- В актуальності цієї проблеми для загальної теорії медицини та вчення про здоров'я

e- Має загальнофілософську значимість

3. Психологія – це наука про

a- свідомість

b- поведінку живих істот

c- психологічні явища (увагу, пам'ять, мислення тощо)

d- форми, закономірності і механізми психіки

e- відображення об'єктивної дійсності в корі головного мозку

4. Дайте визначення охороні здоров'я, як системі:

a- Складна суспільна динамічна функціональна система, яка створена і використовується суспільством для здійснення комплексу соціальних і медичних заходів, спрямованих на охорону і постійне поліпшення здоров'я кожної людини та населення

b- Охорона здоров'я не є і не може бути організаційною й управлінською системою, в силу її функціональних особливостей;

Нормоцентричний підхід розглядається як сукупність середньостатистичних норм, за виключенням:

сприйняття
мислення
емоційного реагування
поведінки
соціального стану
соматичного стану

6. Поняття «етика» – це елемент

a- мислення людини
b- моральних норм особистості
c- філософської науки
d- культури особистості
e- поведінки індивіда

7. Виберіть найбільш вірне визначення поняттю «совість"?

a- Моральна оцінка поведінки людини
b- Самоконтроль людиною своєї поведінки з урахуванням певних норм
c- Самоконтроль поведінки особою з точки зору норм суспільства, в якому він живе
d- Моральна оцінка та самоконтроль своєї поведінки з точки зору моралі суспільства, в якому знаходиться людина
e- Почуття відповідальності за поведінку

8. Медична психологія ставить перед собою завдання:

a- вивчати психопатологію хворого
b- вивчати форми поведінки соматично хворого, особливості контактів з оточуючими, шляхи впливу на психіку для кращого здійснення терапевтичних заходів
c- проводити лікувальну психокорекційну дію
d- проводити психотерапевтичне лікування

9. Медична психологія займається питаннями:
a- психологічними особливостями хворого
b- методами і способами діагностики психічних відхилень
c- психологією спілкування <лікар – хворий >
d- психокорекцією і психотерапією
e- усе перелічене вірно

10. Медична психологія є частиною:
a- психіатрії
b- загальної психології
c- нейрофізіології
d- деонтології
e- самостійним розділом психологічних знань

Завдання та проблемні ситуації

1.Який зв'язок психології здоров'я людини з іншими медичними дисциплінами?

2.Чим відрізняється нозоцентричний та нормоцентричний підхід до курації пацієнта?

3.Сучасні тенденції щодо оцінювання стану біоетичних проблем. Переваги та недоліки.

4.Провести рольову гру – ознайомлення пацієнта з його правами та обов'язками відповідно до міжнародних норм та законодавства України

Література

Основна:

1.Закон України «Про психіатричну допомогу». – К.: Сфера, 2000. – 50 с.

2.Закони України про охорону здоров'я: Збірник нормативно-правових актів. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 464 с.

3.Максименко С.Д., Ірхін Ю.Б., Деркач Л.М., Марусинець М.М., Касинець М.М. Психологічна організація модульного формування когнітивних здібностей: генетико-креативний підхід. Психологічна організація модульного формування когнітивних здібностей: генетико-креативний підхід: навчальний посібник. Том 1. Київ: «Видавництво Людмила», 2023. 384 с.

4.Максименко С., Деркач Л., Кіричевська Е., Касинець М. Психологія когнітивних процсів: науковий посібник / Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г.С. Костюка. Київ: «Видавнцтво Людмила» 2022. 420 с.

5.Медична психологія: підручник / за редакцією академіка С. Д. Максименка. Том І. 3-е вид. доробл. і доповн. Київ: «Видавництво Людмила», 2023. 512 с.

6.Максименко С.Д., Максименко К.С.. Папуча М.В. Психологія особистості: Підручник. – К.: ТОВ «КММ», 2007. – 296с.

7.Максименко С.Д., Носенко Е.Л. Експериментальна психологія. Підручник. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 360 с.

8.Максимова Н.Ю., Мілютіна К.Л., Піскун В.М. Основи дитячої патопсихології. – К.: Перун, 1996.

9.Охорона психічного здоров'я у світі: Проблеми та пріоритети в країнах, що розвиваються / Р. Дежарлє, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман: Пер.з англ. – К.: Сфера, 2001. – 575 с.

10. Права пацієнта – права людини в системі охорони здоров'я: Збірка міжнародних документів / Упор. В.В.Глуховський. – К.: Сфера, 2004. – 216 с.

11. Торникрофт Г., Танселла М. Матрица охраны психического здоровья: Пособие для совершенствования служб: Пер. с англ О. Чернявской. – К.: Сфера, 2000. – 332 с.

Додаткова:

1. Грушко В.С. Основи здорового способу життя: Навчальний посібник з курсу «Валеологія». – Тернопіль: СМП «Астон», 1999. – 368 с.

2. Загальна психологія. / За загальною редакцією академіка С.Д.Максименка. Підручник. – 2-ге вид., переробл. і доп. – Вінниця: Нова Книга, 2004. – 704 с.

3. Кляйн М. Некоторые теоретические выводы, касающиеся эмоциональной жизни ребенка // Психоанализ в развитии. – Екатеринбург, 1998.

4. Кулик С.М. Психологічні проблеми професійної адаптації вчителів // Актуальні проблеми психології. Том 1.: Соціальна психологія. Психологія управління. Організаційна психологія / За ред.

Максименка С.Д., Карамушки Л.М. – К.: Інститут психології ім. Г.С.Костюка АПН України, 2001. – Ч. 2. – С 201-204.

5. Максименко С.Д. Основи генетичної психології. – К., 1998. – 218с.

6. Максименко С.Д. Генетическая психология (методологическая рефлексия проблем равития в психологии). – М. : «Рефл-Бук», К.: «Ваклер», 2000. – 320 с.

7. Общая психология / Под ред. С. Д. Максименко. – М.: Рефл-бук; К.: Ваклер, 1999.

8. Основи загальної психології / За ред. С. Д. Максименка. – К.: НПЦ «Перспектива», 1998.

9. Телле Р. Психиатрия с элементами психотерапии. – Минск, 1999.

10. Шапар В.Б. Психологічний тлумачний словник. – Х.: Прапор, 2004. – 640 с.

1.2. Концепція та основні засади психологічного здоров'я.

КЛЮЧОВІ ПОНЯТТЯ ТЕМИ: загальна концепції здоров'я, визначення здоров'я за ВООЗ, три основні ознаки здоров'я, індивідуальне і популяційне здоров'я, фактори ризику порушень психологічного здоров'я.

1.2.1 Загальна стратегія концепції здоров'я.

Здоров'я є своєрідним дзеркалом соціально-економічного, екологічного, демографічного і санітарно-гігієнічного благополуччя країни, одним із соціальних індикаторів суспільного прогресу, важливим чинником, який впливає на якість та ефективність трудових ресурсів.

З.Фрейд вважав, що психологічно здорова людина – це та, хто здатний погодити принцип задоволення з принципом реальності. По К.Г.Юнгу здоровою може бути людина, що асимілювала зміст свого несвідомого і вільна від захоплення яким-небудь архетипом. З погляду В.Райха невротичні і психосоматичні пору-

шення трактуються як наслідок застою біологічної енергії. Отже, здоровий стан характеризується вільним протіканням енергії.

Психологічний рівень здоров'я обумовлений психічними особливостями людини, можливостями забезпечити і подолати хворобу, способом життя і розумінням того, що здоров'я – це не тільки стан організму, але і стратегія життя. Суттєво впливають на здоров'я людини її особливі психічні стани, які не є постійними її якостями, але виникають спонтанно або під впливом зовнішніх факторів (розлад свідомості, зміни настрою, апатія, афективні стани, напруженість тощо).

За всіх часів у всіх народів світу неминулою цінністю людини і суспільства було і є фізичне і психічне здоров'я. Ще в стародавності воно розумілося лікарями і філософами як головна умова вільної діяльності людини, його досконалості.

Але незважаючи на велику цінність, що додається здоров'ю, поняття «здоров'я» віддавна не мало конкретного наукового визначення. І в даний час існують різні підходи до його визначення. При цьому, більшість авторів: філософів, медиків, психологів у відношенні цього явища згодні один з одним лише в одному, що зараз відсутнє єдине, загальноприйняте, науково обґрунтоване поняття «здоров'я індивіда».

Саме раннє з визначень здоров'я – визначення Алкмеона, має своїх прихильників аж до сьогоднішнього дня: «Здоров'я є гармонія протилежно спрямованих сил». Цицерон охарактеризував здоров'я як правильне співвідношення різних щиросердечних станів. Стоїки й епікурейці цінували здоров'я вище усього, протиставляючи його ентузіазмові, прагненню до всього непомірного і небезпечному. Епікурейці вважали, що здоров'я – це повний достаток за умови повного задоволення всіх потреб.

Згідно К.Ясперсу, психіатри розглядають здоров'я як здатність реалізувати «природний уроджений потенціал людського покликання». Існують і інші формулювання: здоров'я – знаходження людиною своєї самості, «реалізація Я», повноцінна і гармонічна включеність у співтовариство людей.

К.Роджерс також сприймає здорову людину як рухливу, відкриту, а не ту, що постійно використовує захисні реакції, незалеж-

ного від зовнішніх впливів і спирається на себе. Оптимально актуалізуючись, така людина постійно живе в кожен новий момент життя. Ця людина рухлива і добре пристосовується до мінливих умов, терпимо до інших, емоційний і рефлексивний.

Ф.Перлз розглядає людину як єдине ціле, вважаючи, що психічне здоров'я зв'язане зі зрілістю особистості, що виявляється в здатності до усвідомлення власних потреб, конструктивному поводженню, здоровій адаптивності й умінню приймати відповідальність за самого себе. Зріла і здорова особистість автентична, спонтанна і внутрішньо вільна.

У статуті Всесвітньої Організації Охорони здоров'я [ВООЗ] записано, що здоров'я являє собою не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів, але стан повного соціального і духовного благополуччя. У відповідному томі 2-го видання Великої медичної енциклопедії воно визначається як стан організму людини, коли функції всіх її органів і систем урівноважені з зовнішнім середовищем і відсутні якісь хворобливі зміни. В основу даного визначення покладена категорія стану здоров'я, що оцінюється по трьох ознаках: соматичній, соціальній й особистісній. Соматична ознака – досконалість саморегуляції в організмі, гармонія фізіологічних процесів, максимальна адаптація до навколишнього середовища. Соціальна ознака – міра працездатності, соціальної активності, діяльне відношення людини до світу.

Особистісна ознака має на увазі стратегію життя людини, ступінь її панування над обставинами життя.

І.А. Аршавський підкреслює, що організм протягом усього свого розвитку не знаходиться в стані рівноваги або урівноваженості з навколишнім середовищем. Навпаки, як нерівноважна система, організм увесь час протягом свого розвитку змінює форми своєї взаємодії з умовами навколишнього середовища. Г.Л.Апанасенко вказує, що розглядаючи людини як біоенергоінформаційну систему, що характеризується пірамідальною будівлею підсистем, до яких відносяться тіло, психіка і духовний елемент, поняття здоров'я має на увазі гармонійність даної системи. Порушення на будь-якому рівні відбиваються на стійкості всієї системи.

Г.А.Кураєв, С.К.Сергєєв і Ю.В.Шленов підкреслюють, що багато визначень здоров'я виходять з того, що організм людини повинний пручатися, пристосовуватися, переборювати, зберігати, розширювати свої можливості і т.д. Автори відзначають, що при такому розумінні здоров'я людина розглядається як войовнича істота, що знаходиться в агресивному природному і соціальному середовищі. Але адже біологічне середовище не породжує організм, що нею не підтримується, а якщо це відбувається, то такий організм приречений уже на початку свого розвитку.

Дослідники пропонують визначати здоров'я, виходячи з основних функцій організму людини (реалізації генетичної безумовно рефлекторної програми, інстинктивній діяльності, генеративній функції, уродженої і придбаної нервової діяльності). Відповідно до цього, здоров'я може бути визначене як здатність взаємодіючих систем організму забезпечувати реалізацію генетичних програм безумовно-рефлекторних, інстинктивних процесів, генеративних функцій, розумової діяльності і фенотипічного поводження, направлених на соціальну і культурну сфери життя.

Для філософського розгляду здоров'я важливо розуміти, що воно відбиває необхідність, що випливає із сутності явищ, а хвороба – це випадковість, що не має загального характеру. Таким чином, сучасна медицина займається переважно випадковими явищами – хворобами, а не здоров'ям, що є закономірним і необхідним.

І.А.Гундаров і В.А.Палесський відзначають: «При визначенні здоров'я варто враховувати думку, що здоров'я і хвороба не співвідносяться між собою за принципом дихотомії: або є, або немає; або людина здорова, або хвора. Здоров'я з'являється у виді життєвого континуума від 0 до 1, на якому воно присутнє завжди, хоча й у різній кількості. Навіть у важкохворого є якась кількість здоров'я, хоча його дуже мало. Абсолютно повне зникнення здоров'я рівнозначно смерті».

У переважній більшості робіт підкреслюється, що абсолютне здоров'я є абстракцією. Здоров'я людини є не тільки медико-біологічною, але насамперед соціальною категорією, обумовленою в кінцевому рахунку природою і характером суспільних від-

носин, соціальними умовами і факторами, що залежать від способу суспільного виробництва.

Загальнопатологічне поняття здоров'я (норма) – інтервал, в межах якого кількісні коливання психофізіологічних процесів здатні утримувати живу систему на рівні функціонального оптимуму (оптимальна зона, в межах якої організм не виходить на патологічний рівень саморегуляції).

Н.В.Яковлєва виділяє кілька підходів до визначення здоров'я, що простежуються в прикладних дослідженнях. Одним з них є підхід «від зворотного», у якому здоров'я розглядається як відсутність хвороби. У рамках цього підходу здійснюються дослідження в медичній психології і психології особистості, особливо виконані медиками. Природно, такий розгляд феномена «здоров'я» не може бути вичерпної. Різні автори приводять наступні недоліки такого розуміння здоров'я:

1) у розгляді здоров'я як нехвороби споконвічно закладена логічна помилка, тому що визначення поняття через заперечення не може вважатися повним;

2) даний підхід – суб'єктивний, тому що в ньому здоров'я бачиться як заперечення усіх відомих хвороб, але при цьому за бортом залишаються всі невідомі хвороби;

3) таке визначення має описовий і механістичний характер, що не дозволяє розкрити сутність феномена індивідуального здоров'я, його особливості і динаміки.

Ю. П. Лисицін відзначає: «Можна зробити висновок, що здоров'я щось більше, ніж відсутність хвороб і ушкоджень, це – можливість повноцінно трудитися, відпочивати, словом, виконувати властивій людині функції, вільно, радісно жити».

Другий підхід характеризується Н. В. Яковлєвою як комплексно-аналітичний. У даному випадку при вивченні здоров'я шляхом підрахунку кореляційних зв'язків виділяються окремі фактори, що впливають на здоров'я. Потім аналізується частота зустрічальності даного фактора в життєвому середовищі конкретної людини і на підставі цього робиться висновок про його здоров'я. Автор указує на наступні мінуси такого підходу: можливість недостатності конкретного фактора для висновку про здоров'я людини; відсутність

єдиного абстрактного еталона здоров'я як суми набору факторів; відсутність єдиної кількісної виразності окремої ознаки, що характеризує здоров'я людини.

Як альтернатива попереднім підходам до дослідження проблем здоров'я розглядається системний підхід, принципами якого є: відмовлення від визначення здоров'я як нехвороби; виділення системних, а не ізольованих критеріїв здоров'я [гештальт-критеріїв системи здоров'я людини]; обов'язкове вивчення динаміки системи, виділення зони найближчого розвитку, що показує, наскільки пластична система при різних впливах, тобто наскільки можлива її самокорекція або корекція; перехід від виділення визначених типів до індивідуального моделювання.

А.Я.Іванюшкин пропонує 3 рівні для опису цінності здоров'я:

1) біологічний – споконвічне здоров'я припускає досконалість саморегуляції організму, гармонію фізіологічних процесів і, як наслідок, мінімум адаптації;

2) соціальний – здоров'я є мірою соціальної активності, діяльного відношення людини до світу;

3) особистісний, психологічний – здоров'я є не відсутність хвороби, а скоріше заперечення її, у змісті подолання. Здоров'я в цьому випадку виступає не тільки як стан організму, але як «стратегія життя людини».

П.Л. Капиця тісно зв'язує здоров'я з «якістю» людей даного суспільства, про яке можна судити по тривалості життя, скороченню захворювань, злочинності і наркоманії.

Н. М. Амосов звернув увагу на те, що здоров'я організму визначається його кількістю, оцінити яке можна максимальною продуктивністю органів при збереженні якісних меж їхніх функцій. Але максимальна продуктивність може бути досягнута за рахунок високих енергетичних витрат і роботи на витривалість, тобто через подолання стомлення і може мати негативні наслідки для організму. Крім того, ще не розроблені відповідні критерії, що дозволяють судити про якісні межі функціонування різних органів і їхніх систем.

Таким чином, таке визначення вимагає уточнення. Подібний підхід до розуміння здоров'я пропонують М. Є. Телешевска і Н. І. По-

гибко, що розглядають даний феномен як здатність людського організму переломлювати всю сукупність природних і соціальних факторів, що складають умови життя людини, без порушення гармонії фізіологічних механізмів і систем, що забезпечують нормальне функціонування людини. Н. Д. Лакосіна і Г. К. Ушаков визначають здоров'я як структурну і функціональну схоронність органів і систем людини, високу індивідуальну пристосовність організму до фізичного і соціального середовища і як схоронність звичного самопочуття.

І.І. Брехман, говорячи про проблему здоров'я, відзначає, що воно дуже часто займає в ієрархії цінностей людини далеко не перше місце, що приділяється матеріальним благам життя, кар'єрі, успіхові і т.д. В. П. Скарбників розглядає можливу ієрархію потреб (цілей) у тварин і людини, указуючи, що в людини на першому місці стоїть;»

- виконання соціально-трудової діяльності при максимальній тривалості активного життя;
- збереження генетичного матеріалу;
- відтворення повноцінного потомства;
- забезпечення збереження і розвитку здоров'я даного і майбутнього поколінь.

Таким чином, автор підкреслює, що здоров'ю повинне належати перше місце в ієрархії потреб людини.

Підводячи підсумки вищесказаного, здоров'я можна охарактеризувати такими ознаками:

- нормальна функція організму на всіх рівнях його організації – органів, організму в цілому, гістологічних, клітинних та генетичних структур, нормальна поточність типових фізіологічних і біохімічних процесів, які сприяють вираженню та відтворенню;
- здатність до повноцінного виконання основних соціальних функцій, участь у соціальній діяльності та суспільно-корисній праці;
- динамічна рівновага організму і його функцій та чинників навколишнього середовища;
- здатність організму пристосовуватися до умов існування в навколишньому середовищі, що постійно змінюється (адап-

тація), здатність підтримувати нормальну і різнобічну життєдіяльність та зберігання живої основи в організмі;

- відсутність хвороби, хворобливого стану або хворобливих змін, тобто оптимальне функціонування організму за відсутності ознак захворювання або будь-якого порушення;
- повне фізичне, духовне, розумове і соціальне благополуччя, гармонійний розвиток фізичних і духовних сил організму, принцип його єдності, саморегулювання і гармонійної взаємодії всіх органів.

Отже, здоров'я – інтегративна характеристика особистості, що охоплює як її внутрішній світ, так і усю своєрідність взаємин з оточенням із включенням в себе фізичного, психічного, соціального і духовного аспектів; як стан рівноваги, балансу між адаптаційними можливостями людини і постійно мінливими умовами середовища. Причому, його не слід розглядати як самоціль; воно є лише засобом для найбільш повної реалізації життєвого потенціалу людини.

Концепція психологічного здоров'я особистості набуває, на переконання С.Д.Максименка, свого важливого значення в системі надання психологічної допомоги людям, зокрема, з боку психотерапевтів. «Першими проявами психологічного нездоров'я є симптоми неадекватності, невизначеності в плані ефективності власних переживань, поведінки. Благополуччя в психологічному здоров'ї особистості може бути порушене домінуванням певних негативних за своєю суттю рис характеру, дефектами в моральній сфері, неправильним вибором ціннісних орієнтацій».

«***Хворобу***» доцільно розуміти «як дію сукупності руйнівних процесів в організмі людини, наслідком чого є не лише погіршення фізичного самопочуття хворого, а й зміни його особистості, відхилення в емоційно-вольовій та мотиваційній сфері.

З огляду на таку позицію, повернення до ***здоров'я*** передбачає усунення негативних наслідків хворобливих переживань, небажаних установок, невпевненості у власних силах, тривожності та інших хворобливих і граничних станів. Здоров'я ми можемо визначити як глобальний психічний стан особистості, що характе-

ризується динамічною гармонійністю внутрішніх переживань та пов'язаних з цим ефективністю і успішністю діяльності людини».

Психічне здоров'я – «як аспект здоров'я взагалі, який підкреслює стан душевного комфорту, відсутність патологічних психічних проявів та здатності до ефективної діяльності і саморегуляції у відповідності до власних (відрефлексованих) цілей і інтересів людини».

Поняття ***ПСИХОЛОГІЧНОГО здоров'я*** відрізняється від попереднього терміну і пропонується використовувати:

- «у зв'язку з необхідністю диференціювати стани соматично і психічно здорової людини відносно її становлення як цілісної особистості, рівня і змісту вищих рухових переживань і процесів смислоутворення».
- З цієї генетико-психологічної позиції по-новому сприймаються концепції психологічного здоров'я в існуючих теоріях особистості таких авторів, як:
- З.Фрейд (який запропонував два критерії психічного здоров'я – любов та праця: здатність продуктивно працювати і підтримувати доброзичливі міжособистісні відносини);
- К.Роджерс (п'ять ознак психологічного здоров'я: відкритість досвіду і переживанням; ведення екзистенційного, тобто повноцінного насиченого існування; організмічна довіра; емпірична свобода, креативність);
- Д.Келлі (чотири параметри психологічного здоров'я людини: перевірка правильності своїх поглядів через практику, досвід, дослідження; готовність до зміни особистісних конструктів, поглядів і ролей, бажання розширення поведінки і уявлення про світ; наявність усвідомленого широкого репертуару ролей;
- К.Хорні (розкриття свого вродженого потенціалу; втілення своєї долі; уникнення почуття відчуження, відокремленості від людей; зневаги до себе);
- Ф.Перлс (психологічне зростання особистості через розширення зон самоусвідомлення, її зрілість як здатність перейти від лише опори на себе до рівноваги у собі та між собою і

середовищем через усвідомлення потреб; самостійність; здатність до саморегуляції; «компетентність» у часі; цілісність ставлення особистості до життя, його минулого, теперішнього і майбутнього; гармонійне, конгруентне світосприйняття, без протиріч внутрішнього і зовнішнього порядку);

- Екзистенційна психологія вказує на такі ознаки психологічного здоров'я, як: переживання сьогодення як усвідомлення особистістю її власної діяльності і внутрішніх інтенцій до неї; відкритість до майбутнього, бажаність його, відсутність боязні до нього; переживання минулого як такого, що залишається позаду і хоч більше не існує, але є для нас живою реальністю з деякими якостями – доступністю, цінністю, мінливістю;.
- Минуле не треба відчужувати, відсторонювати і тим самим розривати неперервний плин життя, на нього треба відреаговувати і зберігати його як коріння життя, щоб не перестати бути особистістю; минуле, сьогодення і майбутнє має утворювати у психіці здорової особистості єдине ціле; свобода особистості, що протистоїть у випадку психологічного нездоров'я жорсткий світопроект, в якому існує обмеженість, неможливість вийти за межі, побачити безмежність можливостей.

Підсумовуючи свою концептуальну позицію щодо розуміння психологічного здоров'я, С.Д.Максименко зазначає: «**Здорова особистість не означає особистість правильну.** Це людина, яка може вчиняти, як вона хоче, по-своєму. Здоровий спосіб життя, з психологічної точки зору, – це адаптивна, усвідомлююча, трансцендентна особистість».

1.2.2. Індивідуальне і популяційне здоров'я, їх сутність.

Для правильного розуміння взаємозв'язку між показниками здоров'я і взаємодією чинників навколишнього середовища в системі «людина –здоров'я – середовище» визначається три взаємопов'язані рівні здоров'я: суспільний, груповий та індивідуальний.

Перший рівень – суспільний – характеризує стан здоров'я населення загалом і виявляє цілісну систему матеріальних та духовних відносин, які існують у суспільстві. Другий – групове здоров'я, зумовлене специфікою життєдіяльності людей даного трудового чи сімейного колективу та безпосереднього оточення, в якому перебувають його члени. Третій – індивідуальний рівень здоров'я, який сформовано як в умовах всього суспільства та групи, так і на основі фізіологічних і психічних особливостей індивіда та неповторного способу життя, який веде кожна людина.

Індивідуальне здоров'я – абсолютна і непересічна цінність, яка перебуває на найвищому щаблі ієрархічної шкали цінностей, а також у системі таких філософських категорій людського буття, як інтереси та ідеали, гармонія, зміст і щастя життя, творча праця, програма та ритм життєдіяльності. Кожен фахівець, кожен член суспільства повинен мати знання про здоров'я як біологічну, духовну, соціальну категорію з метою можливого проведення оцінки та аналізу свого здоров'я, з одного боку, та вирішення поточних і перспективних завдань щодо охорони та зміцнення суспільного здоров'я – з іншого.

Індивідуальне теоретичне здоров'я – стан повного соціального, біологічного та психічного благополуччя, коли функції всіх органів і систем організму людини врівноважені з навколишнім середовищем, відсутні будь-які захворювання, хворобливі стани та фізичні дефекти.

Індивідуальне фактичне здоров'я (практично здорова людина) – стан організму, при якому він здатний повноцінно виконувати свої соціальні та біологічні функції.

Для кількісного описання рівня фактичного здоров'я індивіда запропоновано багато різних критеріїв. Наведемо такі:

1) функціональний стан основних органів і систем (серцево-судинної, дихання, ЦНС, крові);

2) рівень фізичного розвитку та його гармонійність;

3) резистентність (тобто здатність до опору) організму по відношенню до несприятливих факторів навколишнього середовища (оцінюється за частотою та тривалістю захворювань за певний період).

Популяційне здоров'я – умовне статистичне поняття, яке характеризується комплексом демографічних показників, рівнем фізичного розвитку, захворюваністю та частотою преморбідних станів, інвалідністю певної групи населення.

Кількісні показники популяційного здоров'я (населення, громадського), визначаються з використанням понять «населення», «популяція» та «когорта», які часто застосовуються в медичній практиці.

Населення – сукупність людей, що проживає на певній території і здатна до самовідновлення чисельності.

Популяція – частина населення у межах конкретної території, виділена за найбільш характерними для її життєдіяльності соціально-економічними, екологічними, демографічними та етнічними характеристиками, способом життя, ціннісними орієнтаціями, традиціями та іншими ознаками, що об'єднують її як єдине ціле з властивими їй загальногруповими процесами формування рівня здоров'я.

Серед населення і в популяції є люди різного віку, фаху, різної тривалості проживання в даному населеному пункті тощо, тому для запобігання впливу цих загальновідомих факторів і досягнення чисто ти натурного експерименту (з огляду на вивчення лише фіксованих у конкретному дослідженні окремих факторів) у переважній більшості досліджень здоров'я використовується поняття «когорта».

Когорта – частина населення, об'єднана одночасним строком настання певної події (народження, приїзду в даний населений пункт або проживання в певній його зоні, початку трудової діяльності або роботи з певного фаху, одруження і та ін.).

Рівень здоров'я населення в цілому можна охарактеризувати такими показниками:

- медико-біологічними (захворюваність і частота зустрічальності окремих хворобливих та преморбідних станів, смертність загальна та повікова, фізичний розвиток, інвалідність);
- медико-соціальними (демографічна ситуація, санітарно-гігієнічні характеристики окремих факторів навколишнього середовища, спосіб життя, рівень медичної допомоги, соціально-гігієнічні показники);

- психосоціальними (захворюваність на психічні хвороби, частота виникнення невротичних станів і психопатій, психологічний мікроклімат).

Із наведених показників здоров'я найчастіше оцінюються медико-біологічні. Але більшість з них стосуються не рівня здоров'я, а поширеності хвороб – захворюваності, інвалідності, смертності, тобто є показниками «нездоров'я». Причому, чим вони вищі, тим нижчий рівень здоров'я відповідної групи населення.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розробила перелік критеріїв соціального благополуччя, що характеризують медико-соціальні показники рівня здоров'я населення. До них відносяться:

- відсоток валового національного продукту, що витрачається на потреби системи охорони здоров'я;
- доступність первинної медико-санітарної допомоги;
- відсоток населення, забезпеченого достатнім якісним водопостачанням;
- рівень імунізації населення, а саме: відсоток осіб, імунізованих проти шести інфекційних хвороб (дифтерії, коклюшу, правця, кору, поліомієліту і туберкульозу), особливо поширених серед населення країн, що розвиваються;
- відсоток жінок, що отримують кваліфікований медико-психологічний супровід у період вагітності та в пологах;
- стан дитячого харчування, в тому числі окреме визначення відсотку дітей, що народилися з невеликою масою тіла (менше 2500 г);
- середня тривалість майбутнього життя;
- рівень гігієнічної, в тому числі психогігієнічної грамотності населення.

У зв'язку з тим, що більшість медичних показників здоров'я населення (захворюваність, смертність тощо) має негативний характер, є спроби дати позитивні показники громадського здоров'я. Один із важливих позитивних показників здоров'я, середня очікувана тривалість життя при народженні.

Як приклад можна навести визначення Д.Д. Бенедиктова: «Громадське здоров'я – це така інтегративна характеристика всієї сукупності індивідуальних рівнів здоров'я членів суспільства, яка, з одного боку, відображає ступінь ймовірності для кожної людини досягнення максимального рівня здоров'я і творчої працездатності протягом максимально тривалого індивідуального життя, а з іншого – характеризує життєздатність всього суспільства як соціального організму, його можливості самозахисту і подальшого пропорційного зростання і соціально-економічного розвитку, раціонального використання природних ресурсів і підтримки економічної та іншої рівноваги з оточуючою природою і соціальним середовищем». Позитивні показники дійсно мають цінність, але, на жаль, в основному теоретичну, оскільки їх важко використати на практиці через відсутність одиниць кількісного їх вимірювання.

Джерелами інформації про захворюваність, смертність, інвалідність, фізичний розвиток населення в основному є:

- офіційні звіти медичних закладів та органів охорони здоров'я, соціального забезпечення, державної статистики, бюро РАГСів;
- спеціально організований облік випадків захворювань і смертей у лікувально-профілактичних закладах виділених зон спостереження – так звані проспективні дослідження;
- ретроспективна інформація облікових документів лікувально-профілактичних закладів за минулі періоди;
- дані лікарських оглядів населення; дані клінічних, лабораторних та інструментальних обстежень;
- результати медико-соціологічних досліджень (опитування, анкетування) населення.

На основі отриманих показників дають **інтегральну оцінку рівня здоров'я**. Для цього проводять розподіл населення на **групи здоров'я**, визначають узагальнений індекс здоров'я кожної групи людей. Далі встановлюють кількісну залежність між факторами середовища та групами або індексами здоров'я.

Приклад класифікації груп здоров'я:

1.Особи, вільні від будь-якого фізичного чи психічного дефекту.

2.Особи з уродженим дефектом, який не викликає помітного хворобливого стану і не потребує лікування.

3. Особи, що мають сліди деформуючих впливів колишніх хвороб і поранень, які не викликають помітного хворобливого стану і не потребують лікування.

4. Особи з латентними або початковими ознаками хвороб, які не викликають хворобливих ознак або обмежень дієздатності.

В Україні користуються класифікацією населення за групами здоров'я, що дає змогу однозначно оцінювати зміни у здоров'ї популяції за допомогою аналізу переходів людей з однієї групи до іншої. В ній крім критеріїв, які належать до тієї чи іншої групи здоров'я, наведені дані про структуру населення, отримані на великих популяціях за виділеними групами здоров'я. Ці дані можна використовувати як своєрідний еталон для порівняння в гігієнічних дослідженнях, вважаючи їх відносно популяційною нормою.

1.2.3. Чинники, що обумовлюють психологічне здоров'я. Фактори ризику

Усе життя людини проходить у безперервному зв'язку із зовнішнім середовищем, тому здоров'я людини не можна розглядати як щось незалежне, автономне. Воно є результатом дії природних, антропогенних та соціальних факторів і віддзеркалює динамічну рівновагу між організмом і середовищем його існування.

Серед проблем, що є найбільш гострими і актуальним для вирішенні методами психології, відзначимо наступні: становлення особистості; психічне здоров'я людини; інтимно-особистісні взаємовідносини людей; існування людини в суспільному просторі; «інформаційний вибір» і реагування людини на необроблений, не дозований і перевірений потік інформації; вплив політичних проблем на існування людини; перевиховання і психокорекція (в тому числі пов'язана з делінквентністю); відношення до майбутнього і адиктивність.

Здоров'я потрібно розглядати не в статиці, а в динаміці змін зовнішнього середовища і в онтогенезі. У цьому відношенні заслуговує уваги вислів, що здоров'я визначає процес адаптації. Це

не результат інстинкту, але автономна і культурно окреслена реакція на соціально створену реальність. Він створює можливість пристосуватися до зовнішнього середовища, що змінюється, до росту і старіння, лікування при порушеннях, стражданнях і мирного очікування смерті.

Людина при взаємодії з навколишнім середовищем реагує індивідуально за допомогою фізіологічних реакцій. У силу загальних соматичних властивостей фізіологічного пристосування організм може адаптуватися або виробити імунітет до найрізноманітніших зовнішніх факторів. Усі люди здатні проявляти необхідну пластичність реакцій у відповідь на зміни зовнішніх умов. Адаптація допомагає підтримувати стійким внутрішнє середовище організму, коли параметри деяких факторів навколишнього середовища виходять за межі оптимальних.

Адаптація залежить від сили дії факторів навколишнього середовища та індивідуальної реактивності організму. Критерієм ступеня адаптації є збереження гомеостазу незалежно від тривалості дії фактора, до якого сформувалася адаптація. В умовах захворювання наступає компенсація, під якою треба розуміти боротьбу організму за гомеостаз, коли включаються додаткові захисні механізми, які протидіють виникненню і прогресуванню патологічного процесу. Якщо надходить сигнали про велику небезпеку і включених механізмів не вистачає, виникає картина стресових захворювань, характерних для нашої цивілізації.

Індивідуальне пристосування до нових умов існування відбувається за рахунок зміни обміну речовин (метаболізму), збереження сталості внутрішнього середовища організму (гомеостазу); імунітету, тобто несприйнятливість організму до інфекційних та неінфекційних агентів і речовин, які потрапляють в організм ззовні чи утворюються в організмі під впливом тих чи інших чинників; регенерації, тобто відновлення структури ушкоджених органів чи тканин організму (загоювання ран і т. ін.); адаптивних безумовних та умовно-рефлекторних реакцій (адаптивна поведінка).

В організмі людини утворюється **динамічний стереотип** зі збереженням гомеостазу здорової людини, який виробився у процесі еволюційного розвитку в умовах навколишнього середо-

вища. Здоров'я людини, забезпечення її гомеостазу може зберігатися і при деяких змінах параметрів, факторів навколишнього середовища. Такий вплив викликає в організмі людини відповідні біологічні зміни, але завдяки процесам адаптації (пристосування) у здорової людини фактори навколишнього середовища до певних меж дозволяють зберігати здоров'я.

До того часу, доки організм спроможний за допомогою адаптаційних механізмів та реакцій забезпечити стабільність внутрішнього середовища при зміні зовнішнього середовища, він знаходиться у стані, який можна оцінити як здоров'я. Якщо ж організм потрапляє в умови, коли інтенсивність впливу факторів зовнішнього середовища переважає можливості його адаптації, наступає стан, протилежний здоров'ю, тобто хвороба, патологія.

Здоров'я людини залежить від багатьох факторів: кліматичних умов, стану навколишнього середовища, забезпечення продуктами харчування та їх цінності, соціально-економічних умов, а також станом медицини. **До 50 % здоров'я людини визначає спосіб життя.**

Спосіб життя людини – це сукупність матеріальних умов, суспільних соціальних установок (культура, освіта, традиції тощо), умов поведінки (включаючи соціально-психологічну та фізіологічну реактивність) особистості і зворотний її вплив на ці умови. Активна участь людини в процесі формування умов життя – обов'язковий елемент поняття «спосіб життя», так як спосіб життя людини – адекватна реакція на оточуюче її середовище в цілому.

Негативними його чинниками є шкідливі звички, незбалансоване, неправильне харчування, несприятливі умови праці, моральне і психічне навантаження, малорухомий спосіб життя, погані матеріальні умови, незгода в сім'ї, самотність, низький освітній та культурний рівень тощо.

Негативно позначається на формуванні здоров'я і несприятлива екологічна обстановка, зокрема забруднення повітря, води, ґрунту, а також складні природно-кліматичні умови (внесок цих чинників – до 20 %).

Істотне значення має стан генетичного фонду популяції, схильність до спадкових хвороб. Це ще близько 20 %, які визначають сучасний рівень здоров'я населення.

Безпосередньо на охорону здоров'я з її низькою якістю медичної допомоги, неефективність медичних профілактичних заходів припадає всього 10 % «внеску» на той рівень здоров'я населення, що маємо сьогодні.

Причиною порушення нормальної життєдіяльності організму і виникнення патологічного процесу можуть бути абіотичні (властивості неживої природи) чинники навколишнього середовища. Очевидний зв'язок географічного розподілу низки захворювань, пов'язаних з кліматично-географічними зонами, висотою місцевості, інтенсивністю випромінювань, переміщенням повітря, атмосферним тиском, вологістю повітря тощо.

На здоров'я людини впливає біотичний (властивості живої природи) компонент навколишнього середовища у вигляді продуктів метаболізму рослин та мікроорганізмів, патогенних мікроорганізмів (віруси, бактерії, гриби тощо), отруйних речовин, комах та небезпечних для людини тварин.

Патологічні стани людини можуть бути пов'язані з антропогенними чинниками забруднення навколишнього середовища: повітря, ґрунт, вода, продукти промислового виробництва. Сюди також віднесено патологію, пов'язану з біологічними забрудненнями від тваринництва, виробництва продуктів мікробіологічного синтезу (кормові дріжджі, амінокислоти, ферментні препарати, антибіотики тощо).

Суттєвий вплив на стан здоров'я населення справляють чинники соціального середовища: демографічна та медична ситуації, духовний та культурний рівень, матеріальний стан, соціальні відносини, засоби масової інформації, урбанізація, конфлікти тощо.

Серед факторів, які можуть несприятливо впливати, розрізняють етіологічні, тобто причинні фактори, які безпосередньо обумовлюють розвиток і вираження патологічного процесу (хвороби), і фактори ризику, які не є причиною захворювання, але сприяють, посилюють дію етіологічних факторів.

Наприклад, збудники інфекційних хвороб, токсичні речовини, вібрація є причиною певних захворювань – грипу, туберкульозу, отруєння ртуттю, вібраційної хвороби, а зайва маса тіла, паління, малорухливий спосіб життя можуть як збільшити ймовірність за-

хворювань (гіпертонія, ішемічна хвороба серця тощо), тобто впливати на частоту захворювань серцево-судинної системи, так і негативно впливати на їх перебіг, робити менш сприятливий прогноз цих та інших захворювань, які обумовлені дією етіологічних факторів. Так, алкоголь може служити фактором ризику, який посилює несприятливу дію хімічних речовин, що діють на нервову систему, а паління – на речовини, які вражають переважно легені та дихальні шляхи.

Неповноцінне харчування (обмаль білків, вітамінів тощо) може служити етіологічним фактором аліментарних розладів і фактором ризику інтоксикацій важкими металами або радіаційного ураження осіб, які стикаються з ними.

Початок XXI ст. ознаменувався тим, що внаслідок науково-технічної революції і урбанізації нашої планети навколишнє середовище неухильно погіршується у результаті антропогенної діяльності і люди вже неспроможні адаптуватися до цих швидких і глобальних змін. Крім того, постала проблема демографічного вибуху і обмеженості природних ресурсів та життєвого простору Земної кулі.

Щорічно чисельність людей на Землі зростає на 75–80 млн. осіб. Це потребує щорічного зростання виробництва, продовольства на 24–30 млн. т. У багатьох районах світу, особливо в економічно малорозвинених країнах, виробництво продуктів харчування не в змозі задовольнити потребу населення, в результаті чого голодування стало постійним явищем. Загальне якісне і кількісне недоїдання сприяє виникненню епідемій, гострих інфекційних та паразитних захворювань.

Не меншу загрозу для людства несе антропогенне забруднення природного середовища. Хімічне, радіоактивне та бактеріологічне забруднення повітря, води, ґрунту, продуктів харчування, а також шум, вібрація, електромагнітні поля, іонізуючі випромінювання тощо викликають в організмах людей тяжкі патологічні явища, глибокі генетичні зміни. Це призводить до різкого збільшення захворювань, передчасного старіння й смерті, народження неповноцінних дітей.

На фоні дії негативних факторів навколишнього середовища на організм людини виникають такі захворювання, як серцево-

судинні хвороби, онкологічні запалення, дистрофічні зміни, алергія, цукровий діабет, гормональні дисфункції, порушення у розвитку плоду, пошкодження спадкового апарату клітини.

Людина, яка має міцне здоров'я, справедливо вважає, що їй пощастило. Але коли мова йде про захворюваність і смертність населення, то справа тут в іншому. Соціальні й економічні умови, які не забезпечують людей нормальним харчуванням, чистою водою і задовільними санітарно-гігієнічними нормами, в кінцевому результаті позначаються на стані здоров'я населення. Негативний вплив мають на нього і виробничі процеси на підприємствах, в яких ігноруються факти забруднення робочих місць або його місцевості різноманітними небезпечними відходами. Неправильне харчування, вживання спиртних напоїв, паління, недостатнє фізичне навантаження лежать в основі багатьох поширених хвороб. А це, в свою чергу, пов'язане з традиційними, економічними умовами і політикою держави.

Перелічені вище умови середовища визначають стан здоров'я населення. Там, де домінує голод і бруд, інфекційні хвороби і висока дитяча смертність – явище звичайне. Переїдання, сидячий спосіб життя і паління позначаються на здоров'ї середнього покоління, сприяють розвитку захворювань серцево-судинної системи і пухлин. Там, де виробничий процес не контролюється, доля робітників у шахтах, на заводах і у полі спостерігається професійні захворювання і рання смерть.

Внаслідок катастрофічного погіршення стану навколишнього середовища загальний рівень здоров'я населення України в останні роки різко знизився. Значно збільшилась кількість захворювань: серцево-судинних, особливо інфаркту міокарда, ішемічної хвороби серця, судинних захворювань мозку; алергічних; органів травлення; на рак; бронхіальну астму та цукровий діабет.

Порушилися генетичні процеси, народження дітей з різними спадковими хворобами збільшилось у 2–4 рази. Смертність перевищила народжуваність. Україна посіла перше місце в Європі за рівнем дитячої смертності. За останні 5 років тривалість життя чоловіків зменшилась з 64 до 57 років, жінок – з 74 до 70.

Дуже важко створити абсолютно ідеальні умови для здоров'я. Із розвитком людського суспільства розвиваються їх хвороботворні агенти, а біологічні, геологічні і хімічні умови навколишнього середовища змінюються значно швидше там, де порушується природна рівновага.

Виявити небезпеки, які криються у навколишньому середовищі, значно легше, ніж усунути їх. Ключ до вирішення питань про вплив навколишнього середовища на здоров'я – в надрах економіки, політики, у способі життя і взаємовідносин людей з їх природним оточенням. Здоров'я населення, як дзеркало, відображає обличчя суспільства.

Для вирішення проблеми збереження здоров'я та працездатності людини, продовження її життя в масштабах держави в Україні створена система охорони здоров'я, яка є сукупністю взаємопов'язаних підсистем: санітарно-профілактичних, лікувально-профілактичних, фізкультурно-оздоровчих, санітарно-курортних, аптечних, науково-медичних, санітарно-епідеміологічних.

Однією із стратегій системи охорони здоров'я є здійснення так званої первинної профілактики, яка є масовою і ефективною, наприклад, будівництво очисних споруд або відповідні зміни технологічного процесу на підприємствах, які забруднюють атмосферне повітря, призводить до різкого зниження рівня злоякісних новоутворень, хвороб органів дихання, серцево-судинної системи та інших захворювань.

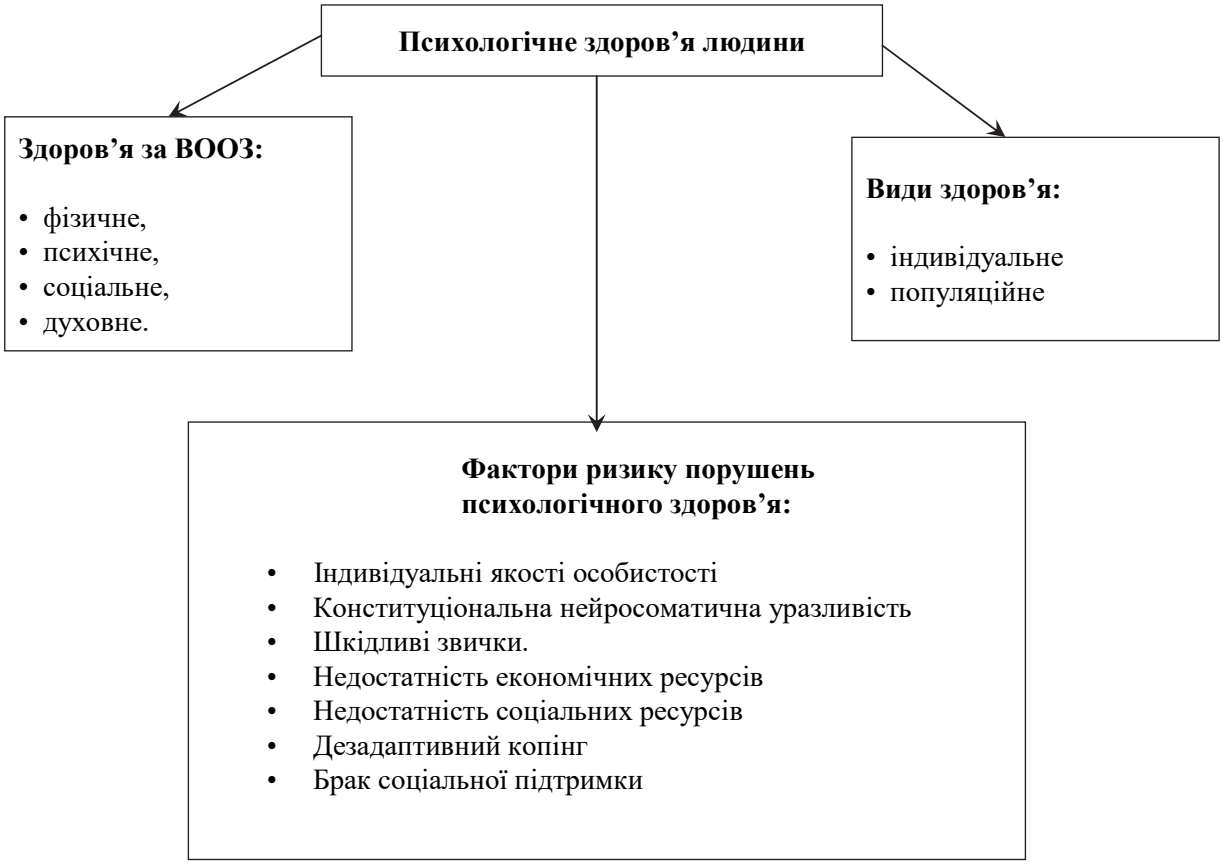
Другий напрям системи охорони здоров'я більш складний, бо він проводиться на індивідуальному рівні. Сутність вирішення цієї проблеми полягає у визначенні форм, методів і засобів профілактики, лікування, реабілітації, а також організації відпочинку людини.

Важливу роль у справі збереження здоров'я населення повинна визначити інформація про небезпеку навколишнього середовища. Така інформація повинна вміщувати значення показників негативності середовища, токсикологічних викидів виробництва, стану здоров'я населення. Наявність такої інформації дозволить населенню раціонально вибирати місця діяльності і проживання, раціонально використовувати методи і засоби захисту

від дії небезпек. Але бути чи не бути здоровому – це, насамперед, залежить від самої людини: її активності чи пасивності, індивідуальних особливостей, темпераменту, характеру, звичок, відношення до інших людей, способу життя.

На основі вищесказаного можна погодитись із твердженням римського філософа Сенеки (4 р. до н. е. – 65 р. н. е.): «Уміння продовжити життя – в умінні не скорочувати його».

Формалізована структура змісту теми



Запитання для самостійної роботи

1. Концепція та основні засади психологічного здоров'я.
2. Загальна стратегія концепції здоров'я.
3. Індивідуальне і популяційне здоров'я, їх сутність.
4. Показники індивідуального і популяційного здоров'я в Україні.
5. Основні методи прогнозування індивідуального здоров'я.

6.Уявлення про інформаційні маркери підвищення розвитку захворювань, визначення їх характеру.

7.Чинники, що обумовлюють психологічне здоров'я.

8.Фактори ризику для психологічного здоров'я.

Альтернативно-тестові завдання для самоконтролю

1. В чому полягає актуальність визначення поняття «здоров'я»:

a- В визначенні суттєвості здоров'я та його характеристики,

b-в значенні наукового визначення хвороби для статистики захворюваності та витрат на їх профілактику та лікування

c- Опрацювання понятійного апарату в охороні здоров'я

d- Практичному використанні цього поняття у діяльності лікаря (сімейного)

e-В актуальності цієї проблеми для загальної теорії медицини та вчення про здоров'я

2. Здоров'я створюється та підтримується в найбільшому ступені:

a- умовами середовища ;

b- способом життя;

c- гігієнічними знаннями;

d- поведінкою у суспільстві;

e- досягненнями медицини

3. Що розуміє психологія під установкою людини?

a- Стан мобілізованості організму

b- Бажання людини досягти мети

c- Готовність до діяльності, що залежить від наявності потреби і об'єктивної ситуації її задоволення

d- Оволодіння навиками

e- Спрямованість особистості

4. Найбільш цінні для суспільства мотиви діяльності людини основані на

a- властивостях людини

b- здібності працівника

c- установці особистості
d- спрямованості особистості
e- потребах людини

5. Хто розуміється під особистістю?
a- Індивід, що задовольняє свої потреби
b- Людина, як активний діяч
c- Людина як свідомий член суспільства з індивідуальним складом характеру та інтересів
d- Продукт розвитку суспільства, носій свідомості
e- Індивід з певним типом нервової системи

6. Визначте, що з перерахованого впливає в найбільшому ступені на активність особистості?
a- Інстинкт самозбереження
b- Мораль особистості
c- Потяг
d- Потреби та інтереси
e- Світогляд

7. Активність особистості підвищується під впливом
a- суспільних обов'язків
b- знань
c- статевого інстинкту
d- спонуки
e- потреби оволодіння певною формою діяльності

8. Назвіть фактори, що приймають участь у формуванні особистості
a- Спадковість
b- Біогенетичні фактори
c- Праця, спілкування
d- Виховання
e- Освіта

9. Акцентуація особистості – поняття, що розкриває

a- різні особливості характеру, які ще не перейшли в патологію
b- явище, що сприяє виникненню неврозів та психопатій
c- особливість характеру, яка відрізняє його від звичайного
d- схильність до неврозів
e- наявність психопатії

10. Дайте визначення охороні здоров'я, як системі:
a- Складна суспільна динамічна функціональна система, яка створена і використовується суспільством для здійснення комплексу соціальних і медичних заходів, спрямованих на охорону і постійне поліпшення здоров'я кожної людини та населення
b- Охорона здоров'я не є і не може бути організаційною й управлінською системою, в силу її функціональних особливостей;

11.Профілактичний напрям медицини має таку спрямованість і має на увазі зміну:
a- умов життя людини, гігієни побуту і праці
b- навколишнього середовища
c- психогігієни поведінки
d- виховання свідомого ставлення до збереження і зміцнення здоров'я
e- усе перелічене вірно

Завдання та проблемні ситуації

1.Який зв'язок психологічного здоров'я людини з іншими його складовими
2.Чим відрізняється психологічне та психічне здоров'я ?
3.Сучасні тенденції щодо оцінювання індивідуального та популяційного здоров'я
4.Провести рольову гру – виявлення чинників, що обумовлюють психологічне здоров'я та факторів ризику для психологічного здоров'я.

Література

Основна:

1. Закон України «Про психіатричну допомогу». – К.: Сфера, 2000. – 50 с.

2. Закони України про охорону здоров'я: Збірник нормативно-правових актів. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 464 с.

3. Maksymenko, O. Lysenko Modern methods of diagnosing virtual addiction among adolescents: relevance and prospects. Монографія/ за ред. Аніти янковської, Riga, Latviaa,: IZDEVNICIBA BALTIJA PUBLISHING, 2019.С.-394-410

4. Максименко С.Д., Орап М. Psycholinguistic Predictors of Health (Психологічні предикатори здоров'я) // Psycholinguistics. –2018. – №24(1) –P. 252-268.

5. Maksymenko, S.D.(2021) Genetic principles of creative personality confident as a propulsion of mental development. Ottawa: Accent Graphics Communications and Publishing. Glasgow: Society for the support of publishing initiatives and scientific mobility Limited.-615 p.

6. Максименко С.Д., Деркач Л.М., Розуміння сучасної когнітивної війни в глобальному вимірі, її генезис в українському контексті: огляд та напрямки майбутніх досліджень // Оборона і стратегія. університет оборони БРНО. Випуск: Том 23, №1 (червень 2023)

7. Максименко С., Яланська С., Атаманчук Н., та інш. Psychophysiological unloading with compliance taking into accounr: aeroapiphythotherapy resource. Acta Balneologica. – 2023. – № LXV (2),P.98-104

8. Максименко С.Д., Ірхін Ю.Б., Деркач Л.М., Марусинець М.М., Касинець М.М. Психологічна організація модульного формування когнітивних здібностей: генетико-креативний підхід. Психологічна організація модульного формування когнітивних здібностей: генетико-креативний підхід: навчальний посібник. Том 2. Київ: «Видавництво Людмила», 2023. 356 с.

9. Максименко С.Д., Ірхін Ю.Б., Деркач Л.М., Марусинець М.М., Касинець М.М. Психологічна організація модульного формування когнітивних здібностей: генетико-креативний підхід. Психологічна організація модульного формування когнітивних здібностей: генетико-креативний підхід: навчальний посібник. Том 1. Київ: «Видавництво Людмила», 2023. 384 с.

10. Максименко С., Деркач Л., Кіричевська Е., Касинець М. Психологія когнітивних процсів: науковий посібник / Національна

академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г.С. Костюка. Київ: «Видавнцтво Людмила» 2022. 420 с.

11. Максименко С.Д., Максименко К.С.. Папуча М.В. Психологія особистості: Підручник. – К.: ТОВ «КММ», 2007. – 296с.

12. Максименко С.Д., Носенко Е.Л. Експериментальна психологія. Підручник. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 360 с.

13. Максимова Н.Ю., Мілютіна К.Л., Піскун В.М. Основи дитячої патопсихології. – К.: Перун, 1996.

14. Охорона психічного здоров'я у світі: Проблеми та пріоритети в країнах, що розвиваються / Р. Дежарлє, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман: Пер.з англ. – К.: Сфера, 2001. – 575 с.

15. Права пацієнта – права людини в системі охорони здоров'я: Збірка міжнародних документів / Упор. В.В.Глуховський. – К.: Сфера, 2004. – 216 с.

16. Торникрофт Г., Танселла М. Матрица охраны психического здоровья: Пособие для совершенствования служб: Пер. с англ О. Чернявской. – К.: Сфера, 2000. – 332 с.

Додаткова:

17. Грушко В.С. Основи здорового способу життя: Навчальний посібник з курсу «Валеологія». – Тернопіль: СМП «Астон», 1999. – 368 с.

18. Загальна психологія. / За загальною редакцією академіка С.Д.Максименка. Підручник. – 2-ге вид., переробл. і доп. – Вінниця: Нова Книга, 2004. – 704 с.

19. Кулик С.М. Психологічні проблеми професійної адаптації вчителів // Актуальні проблеми психології. Том 1.: Соціальна психологія. Психологія управління. Організаційна психологія / За ред. Максименка С.Д., Карамушки Л.М. – К.: Інститут психології ім. Г.С.Костюка АПН України, 2001. – Ч. 2. – С 201-204.

20. Максименко С.Д. Основи генетичної психології. – К., 1998. – 218с.

21. Основи загальної психології / За ред. С. Д. Максименка. – К.: НПЦ «Перспектива», 1998.

22. Шапар В.Б. Психологічний тлумачний словник. – Х.: Прапор, 2004. – 640 с.

1.3. Порушення психологічного здоров'я

КЛЮЧОВІ ПОНЯТТЯ ТЕМИ: порушення психологічного здоров'я, симптоми і ознаки, МКХ-10, порушення емоцій і поведінки, жорстокість, самопошкодження, соціальна адаптація, професійна деформація.

З термінами «емоційна проблема» і «стрес» лікарі почасти поводяться досить вільно, вживаючи їх без розмежування для позначення тривоги і депресії, виражених реакцій на травмуючі життєві події, для психосоматичних захворювань і в багатьох інших випадках, яким не знаходиться іншого пояснення. Для деяких лікарів ці терміни є синонімами так званих функціональних розладів, що вказують на те, що функція головного мозку порушена за відсутності його деструктивного ураження.

Варто пам'ятати, що під емоцією ми розуміємо стан організму, що супроводжується певними його змінами (в основному, з боку внутрішніх органів, що знаходяться під контролем вегетативної системи) у поєднанні з психологічними феноменами, такими як збудження або тривога, що зазвичай викликають дії або певний тип поведінки. Прикладами первинних емоцій служать щастя, любов, ненависть, гнів і злість. Смуток, тривога і благодушність, мабуть, відображають меншу ступінь емоційної напруги. Сильна емоція може викликати порушення інтелектуальних функцій, тобто дезорганізацію думок і дій, і зумовити зміну поведінки у бік автоматизму або стереотипних вчинків. Термін «афект» відноситься до зовнішніх проявів емоційного стану, таким як мімічна реакція.

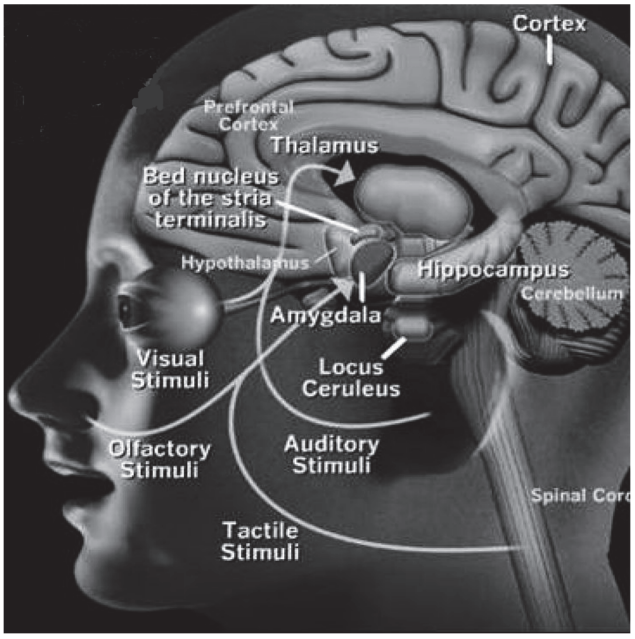
Структури, що контролюють переживання і вираз емоцій, знаходяться в лімбічній системі (рис.1.3.1). Вона представлена медіальними відділами скроневих, лобових і тім'яних доль і їхніми зв'язками з мигдалеподібними ядрами, перегородкою, преоптичною зоною, гіпоталамусом, переднім таламусом, вуздечкою і покришкою центральних відділів середнього мозку. Периферичний ефекторний відділ складають вегетативна нервова система, внутрішні органи та інші структури, що перебувають під її контролем.

Таламус (Thalamus) є центром для зображень і звуків: оцінює розмір, форму, колір, гучність, тембр, звучання – потім передає в кору.

Кора (Cortex) отримує оцінені сигнали і дозволяє мозку усвідомити: що саме спостерігається або чується. Префронтальна кора здатна «вимкнути» сигнал тривоги, коли загрози немає.

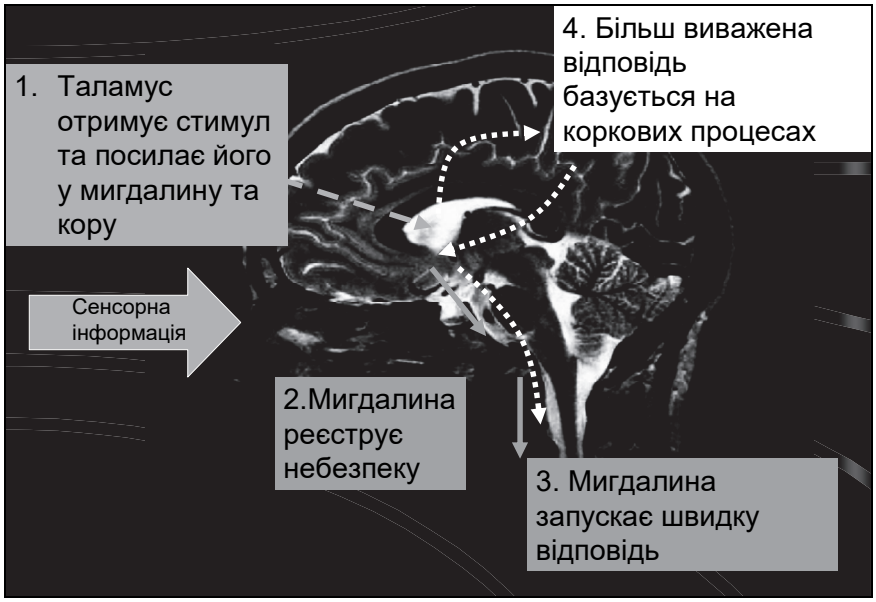
Мигдалина (Amygdala) є емоційним ядром головного мозку. Вона надає емоційне забарвлення інформації, яка проходить через неї, а також відіграє головну роль в ініціюванні швидкої реакції страху.

Опорне ядро термінальної смужки (Bed Nucleus of Stria Terminalis) на відміну від мигдалини, яка індукує гострий сплеск страху, BNST «закріплює» реакцію страху, в результаті чого виникають тривожні розлади.



Мал. 1.3.1 Лімбічна система

Блакитна пляма (Locus Ceruleus) отримує сигнали від мигдалини і відповідає за класичну соматичну реакцію тривоги, а саме: прискорене серцебиття, підвищений артеріальний тиск, пітливість, мідріаз.



Мал. 1.3.2 Частини мозку, що відповідають за страх = таламус, мигдалина, гіпоталамус, які потім індукують реакцію ендокринних залоз і вегетативної нервової системи. Реакція тривоги/страху(сірий колір) в порівнянні зі зваженою відповіддю (білий колір) = «борись або біжи»на противагу «відчувати тривогу/страх і реагувати обдумано» (з включенням кори)

Гіпокамп (Hipрocampus) – це центр пам'яті, життєво важливий для зберігання інформації, що надходить від органів почуттів, яка вже емоційно «оцінена» мигдалиною.

Дуже важливим є те, що ще до формування психічних розладів на етапі напруження резервів адаптації проявляються порушення психологічного здоров'я, які мають певні клінічні ознаки та, відповідно, свою представленість в МКХ-10.

1.3.1 Симптоми і ознаки, що відносяться до емоційного стану

Симптоми і ознаки, що відносяться до емоційного стану, в МКХ-10 були зібрані в рубрику R45.

R45.0 Нервозність. Нервозність – особливість нервової системи, яка полягає в надмірній збудливості її, в схильності до посиленої реакції на нікчемні враження, в схильності піддаватися нападам болю, серцебиття, судом і т. п. від незначного подразнення або навіть без видимої причини. У багатьох випадках в основі та-

кої особливості нервової системи лежить спадковість, хоча ця особливість може бути і надбана, частково внаслідок перенесених фізичних хвороб, частково під впливом неправильного способу життя, перевтоми, моральних потрясінь чи недоцільного виховання.

Нервовий стан є вказівкою на нестачу внутрішнього спокою, що виникає через занадто велику боязкість, поспіх, заклопотаність або бажання робити все «на відмінно». Таким людям притаманна «недовіра до життя». Суб'єкти, до яких застосовується вираз «знервований», внаслідок зазначених властивостей, часто належать до категорії осіб, які страждають на легкі форми істерії або неврастенії. За думкою психіатрів, хронічне занепокоєння, постійне відчуття тривоги і схильність до депресії є ключовими рисами особистості з розвиненою нервозністю.

Нервозність, в свою чергу, доводить людину до зловживання алкоголем, куріння і використання «легких» наркотиків. Отже, як фактори способу життя, так і психологічні фактори стосуються ризику передчасної смерті, стверджують фахівці. Так, у тридцятирічному огляді University Purdue (США) взяли участь 1 тисяча 788 осіб. Як було встановлено, куріння відповідає за 25-40% асоціації між високими рівнями нервозності та смертності. Інші 60% пояснюються біологічними факторами або іншими факторами способу життя невротиків. Клініцисти вважають, що більш глибоке розуміння тісного зв'язку між рисами особистості і фізичним самопочуттям допоможе поліпшити профілактичні заходи проти психічних розладів.

До найбільш поширених ознак нервозності відносяться:

- неспокійно бігають очі;
- напружене тіло;
- бажання стиснутися в грудку;
- перетоптування з ноги на ногу;
- розгойдування на стільці;
- поперемінне схрещування і розпрямлення рук і ніг;
- поплескування долонями, пальцями або ступнями;

- гра з ручками, чашками, окулярами, коштовностями, одягом, нігтями, волоссям, руками і т. п.;
- заламування рук;
- прочищення горла;
- нервовий кашель;
- нервова усмішка (нервуючи люди часто посміхаються, потім їх обличчя знову приймає спокійний вираз, потім вони знову посміхаються);
- прикушена губа;
- опущений погляд;
- тремтіння (в екстремальних ситуаціях);
- посилене потовиділення (в екстремальних ситуаціях);
- обкушування нігтів;
- руки в кишенях;
- повороти верхньої половини тулуба з боку в бік;
- посилюється мовчазність.

Ознак нервозності дуже багато, і частина з них збігаються з симптомами інших душевних станів. Тому у своїх висновках не слід спиратися лише на окремо взяті ознаки. Наприклад, посилене потовиділення може вказувати на нервозність, але може означати, що людині жарко, що вона хвора або відновлюється після фізичного навантаження, а також що це просто відчуття жару, нерідке під час менопаузи. Крім того, у більшості людей виявляються відразу кілька ознак нервозності.

R45.1 Занепокоєння і збудження. Неспокій – це загальна, нормальна емоція. Більшість людей часто відчувають випадковий трепет, побоювання, нервозність, «коливання» або навіть паніку. Помірний неспокій може допомогти при невпевненості. Для деяких людей, однак, занепокоєння є частиною тривожного стану, як постійним аспектом їх щоденного життя. Серед загального населення у світі приблизно 25% відчувають занепокоєння в деякі моменти їх життя, що робить тривожні симптоми більш буденним, ніж депресивні прояви.

Занепокоєнням є зайве роздумування або ускладнення ситуації замість дії. Людина піддається йому для того, щоб уникнути

того діяння, до якого вона не підготовлена. Після нетривалого занепокоєння людина зазвичай розхолоджує себе і розтрачує свою енергію. Отже, це спосіб відчути виправдання небажанню робити дії, яких вимагає ситуація.

Усвідомлення найгіршого варіанту розвитку подій пересилює занепокоєння та спонукає до дії. Занепокоєння повинно бути конкретним. Щоб побороти занепокоєння, треба знайти причини, які зведуть ймовірність того, про що людина турбується нанівець, і вжити конструктивних заходів. У цьому допомагає знання фактів і статистики, тобто чітке усвідомлення ймовірності найгіршій ситуації. Крім того, людині потрібно подумати про найгіршому варіанти розвитку подій, уявити, що вона може зробити. Дуже часто занепокоєння поверхово, а привід не настільки серйозний.

Отже, неспокій – це поєднання незручності, тривоги, невизначеності, страху і збудження, пов'язаних зі стресом. Люди стають неспокійними, чекаючи якоїсь небезпеки, хоча можуть і не знати, яку форму вона візьме або звідки її чекати. У деяких випадках занепокоєння може призводити до запаморочень, підвищеної пітливості, прискореного серцебиття, непритомності, шлунково-кишкових розладів.

Психомоторне збудження – це патологічний стан, що характеризується руховим неспокоєм різного ступеня вираженості (від метушливості до руйнівних дій), часто супроводжується мовним збудженням (багатомовність, вигуки фраз, слів, окремих звуків). Поряд з цим характерні яскраво виражені афективні розлади: тривога, розгубленість, гнів, злостивість, агресивність, веселощі і так далі. Як правило, стан збудження описується при психічних розладах, але може бути і клінічною ознакою тяжкого соматичного стану.

Наприклад, збудження – це природна реакція організму людини на біль і обставини, що супроводжують серцевий напад. В цьому випадку важливо заспокоїти хворого і людей, що його оточують. Крім того, у молодих хірургічних хворих з ознаками шоку внаслідок гіповолемії без супутніх захворювань першими ознаками бувають неспокій і порушення, зумовлені гіперкатехоламінемією (високий артеріальний тиск, частий пульс).

R45.2 Стан тривоги у зв'язку з невдачами і нещастями. Тривога – негативно забарвлена емоція, що виражає відчуття невизначеності, очікування негативних подій, незрозумілого передчуття. На відміну від причин страху, причини тривоги зазвичай не усвідомлюються, але вона запобігає участі людини в потенційно шкідливий поведінці, або спонукає її до дій з підвищення ймовірності благополучного результату подій.

Тривога являє собою розпливчастий, тривалий і невиразний страх з приводу майбутніх подій. Вона виникає в ситуаціях, коли ще немає (і може не бути) реальної небезпеки для людини, але вона чекає її, причому поки не уявляє, як з нею впоратися. На думку деяких дослідників, тривога являє собою комбінацію з декількох емоцій – страху, печалі, сорому і почуття провини.

Для тривоги (і для багатьох форм страху) в більшості випадків характерний наступний хід думки: людина знаходить у своєму минулому або в сьогоденні приклади несприятливих або небезпечних подій, а потім проектує цей досвід у своє майбутнє. Наприклад, людина, побачивши далеко собаку, згадує, що колись її вже кусала собака, і у неї виникає страх перед повторенням подібної ситуації. Або одного разу клерк отримав рознос від начальника. Тепер, заходячи в кабінет шефа, він відчуває сильний страх в очікуванні чергового прочухана. При цьому людина може відчувати страх і тривогу з приводу подій, які сталися не з нею, а з іншими людьми або взагалі були вигадані. Наприклад, кілька років тому, дізнавшись про епідемію атипової пневмонії в Китаї, багато людей в Україні відчували сильний страх захворіти нею.

Іноді подібний механізм утворення призводить до виникнення абсурдних страхів, які, тим не менш, дуже сильно і негативно впливають на психіку людини. Багато людей не можуть спати від страху, подивившись на ніч трилер або фільм жахів про вампірів. При цьому вони розуміють, що фільм був всього лише плодом уяви сценариста і режисера, а чаклуни, вампіри, привиди або прибульці з космосу були результатом комп'ютерної графіки або майстерною грою загримованих акторів, але люди все одно продовжують відчувати тривогу.

Страх і тривога, на думку одних авторів, мають лише кількісні відмінності, а, на думку інших, відрізняються принципово, як по своїх механізмах, так і за способом реалізації. На думку перших авторів, якщо джерело тривоги ліквідувати не під силу, тривога переходить у страх. На думку інших дослідників (К. Ізард), первинної та самостійної емоцією є страх, а тривога являє собою комбінацію декількох емоцій, однією з якої є страх, а іншими її компонентами, на думку цього вченого, є почуття печалі, провини і сорому. Слід зазначити, що більшість авторів схильні розглядати тривогу як реакцію на невизначений, часто невідомий сигнал, а страх як відповідь на конкретний сигнал небезпеки (Щербатих Ю. В., Івлєва Є. І.). При цьому між тривогою і страхом є ряд принципових відмінностей, що стосуються як походження цих феноменів, так і їх психічних проявів. Так тривога частіше виникає задовго до настання небезпеки, в той час як страх виникає при її настанні або незадовго до неї. Джерело страху, як правило, усвідомлюється людиною і носить цілком конкретний характер (злий собака, майбутній іспит, грізний начальник), в той час як джерело тривоги часто не усвідомлюється або не піддається логічному поясненню.

Тривога частіше викликає загальне збудження організму (зокрема – симпатичної системи), а страх гальмує діяльність, активує парасимпатичну систему і у великих дозах – паралізує людину. Тривога проектувалася в майбутнє, а джерелом страху є минулий психотравмуючий досвід. Існує припущення, що страх локалізований в правій (емоційній) півкулі, а тривога визначається лівою, розумової частиною нашого мозку. І, нарешті, тривога носить соціально обумовлений характер, а в основі страху лежать біологічні інстинкти.

Досить виражена тривога включає два компоненти: усвідомлення фізіологічних відчуттів (серцебиття, пітливість, нудота, ін.) і психологічне усвідомлення самого факту тривоги. Тривожність іноді посилюється почуттям сорому («Інші побачать, що я боюся»). Важливим аспектом «тривожного» мислення є його селективність: суб'єкт схильний вибирати певні теми з навколишнього життя і ігнорувати інші, щоб довести, що він має рацію, розглядаючи си-

туацію як страхітливу, або, навпаки, що його тривога даремна і не виправдана. Тривога може спричиняти сплутаність і розлади сприйняття не тільки часу і простору, але і людей, і значень подій.

Було встановлено, що тривожність, як така, не є лише негативною рисою особистості, провокує більш часте в порівнянні з нормою, переживання емоції страху, а в певних ситуаціях навіть може бути корисною для індивідуума і виконання його соціальних функцій. Виявилося, що «високотривожні» особи краще справляються з виконанням не дуже складних логічних завдань, а ось важкі завдання краще вирішують «нетривожні» особи. Таким чином, тривога несе в собі явно адаптивні функції, попереджаючи про зовнішні або внутрішні небезпеки, підказує організму, що треба вжити необхідних заходів для попередження небезпеки або пом'якшення її наслідків. Ці заходи (дії) можуть бути усвідомленими, наприклад, підготовка а іспиту, або, переважно, несвідомими (захисні механізми).

Як показали дослідження Б. Вейнера і К. Шнайдера, успішність діяльності у «тривожних» і «нетривожних» індивідуумів змінюється в залежності від різних умов. У тривожних особистостей ефективність діяльності збільшувалася в більшою мірою, коли їм повідомляли про успіх їхньої роботи, в той час як «нетривожних» піддослідних набагато більше стимулювало повідомлення про невдачу в пробних експериментах, особливо, коли справа стосувалася важких завдань. З цих експериментів автори зробили висновок, що осіб, які побоюються можливої невдачі, бажано стимулювати повідомленнями про успіхи (нехай навіть незначні) на проміжних етапах роботи, в той час як осіб, спочатку націлених на успіх, сильніше мотивує інформація про невдачі в ході виконання завдання.

Люди значно різняться між собою за рівнем своєї тривожності. Для вимірювання подібних індивідуальних відмінностей в 1953 році американський вчений Дж. Тейлор розробила тест, що складається з ряду тверджень типу «Мені часто сняться кошмари» або «Мене легко збентежити». Згодом дослідникам стало ясно, що існує два типи тривожності: один – як більш-менш стійка риса особистості, і друга – як реакція індивідуума на загрозливу ситуацію. Хоча ці два типи триво-

жності є цілком самостійні категорії, між ними є певний зв'язок. Як вказує Х. Хекхаузен, під впливом турбуючих і загрозливих обставин (біль, стрес, загроза соціальному статусу тощо) відмінності між висо-ко-і слаботривожними особами виявляються різкіше. Особливо сильний впливає на поведінку схильних до підвищеної тривожності людей, боязнь невдачі, тому такі індивідууми особливо чутливі до повідомлень про неуспіх їх діяльності. Навпаки, зворотній зв'язок з інформацією про успіх (навіть вигаданий) стимулює таких людей, підвищуючи ефективність їх діяльності.

Для кращого розрізнення особистісної та ситуаційної тривожності Спілбергер створив два опитувальника, позначивши перший – для визначення особистісної тривожності, а другий – для оцінки ситуативної (реактивної) тривожності, позначивши першу як «Т-властивість», а другу – як «Т- стан «.

Особистісна тривожність є більш постійною категорією і визначається типом вищої нервової діяльності, темпераментом, характером, вихованням і набутими стратегіями реагування на зовнішні чинники. Ситуативна тривожність більше залежить від поточних проблем і переживань – так перед відповідальною подією у більшості людей вона значно вище, ніж під час звичайного життя.

Як правило, показники особистісної та ситуативної тривожності пов'язані між собою: у людей з високими показниками особистісної тривожності ситуативна тривожність у схожих ситуаціях проявляється більшою мірою. Особливо виражений такий взаємозв'язок у ситуаціях, що загрожують самооцінці особистості. З іншого боку, в ситуаціях, які викликають біль або містять іншу фізичну загрозу, індивідууми, які мають високі показниками особистісної тривожності, не виявляють якусь особливо виражену ситуативну тривожність. Але якщо ситуація, що провокує виникнення тривожності, пов'язана з тим, що інші люди ставлять під сумнів самоповагу чи авторитет індивіда, відмінності у рівні ситуативної тривожності проявляються в максимальному ступені.

Дослідники показали, що чим наполегливіше підкреслюється зв'язок виконуваного завдання з перевіркою здатності індивіда, тим гірше справляються з ним «високотривожні» особи і тим

краще його виконують «слаботривожні». Таким чином, підвищена тривожність, обумовлена страхом можливої невдачі, є пристосувальним механізмом, що підвищує відповідальність індивідуума перед суспільними вимогами і установками. Це зайвий раз підкреслює соціальну природу явища «тривожності», в той час, як страх більшою мірою спирається на біологічні чинники. При цьому негативні негативні емоції, які супроводжують тривожність, є тією «ціною», яку змушена платити людина за підвищену здатність чуйно відгукуватися і, в кінцевому рахунку, краще пристосовуватися до соціальних вимог і норм.

R45.3 Деморалізація і апатія. Деморалізація – (франц. Demoralisation) – почуття неспроможності, основане на нездатності вирішити внутрішній конфлікт або зовнішню проблему, в поєднанні з емоціями, які супроводжують дистрес. Невідомо, чому деякі люди більш схильні до деморалізації, ніж інші. Такі вроджені характеристики як недостатність життєвих сил або сміливості, можливо, суттєво сприяють цьому, так само як і недостатня підтримка з боку соціального оточення.

Емпіричне визначення деморалізації складається на основі наступного переліку скарг, які високо корелюють між собою:

- низький рівень самооцінки,
- відчуття безнадійності і безпорадності,
- сильні страхи (включаючи страх збожеволіти),
- сплутаність мислення,
- смуток,
- тривога,
- психофізіологічні симптоми,
- уявний рівень фізичного здоров'я.

Це – найбільш часті скарги, з якими пацієнти звертаються за психологічною та психотерапевтичною допомогою. Спрацьовує гіпотеза, що пацієнтів змушують звернутися за допомогою як специфічні симптоми, так і деморалізація. Хоча і пацієнти, і лікарі сходяться в тому, що метою терапії є перш за все усунення симптомів, насправді успішна терапія протидіє деморалізації хворого, і це являє собою головне джерело лікувального ефекту. Психоко-

рекція та психотерапія, спрямована на подолання деморалізації пацієнтів, прагне протидіяти занепаду духу, почуттю самотності, втраті віри пацієнта у себе і страху зазнати невдачі.

Апатія (грец.) – означає недостатність жвавості як в області почуттів, так особливо афектів і пристрастей, а рівно і в тілесних рухах індивідуума, тому вживається у значенні лінощів і флегматичності. Апатія може бути короткочасним станом, перехідною нечутливістю до певного роду вражень, наприклад до чуттєвих збуджень, і в такому випадку її правильніше назвати анестезією. Але вона буває і природженою; така слабка сприйнятливість і вразливість віщують іноді меланхолію. Де з цим з'єднується велика сила духу, іноді виходить те, що Кант називає «щасливої флегмою», при якій людина менш схильна до небезпеки необачних і необдуманих вчинків і, таким чином, певною мірою може вважатися вільною від афектів і пристрастей. На цій підставі стоїки проповідували безпристрасний спокій душі (απάθεια της ψυχης) і нечутливість до усього доброго і поганого ставили за мету мудреця, що досягає цим шляхом вищої свободи.

Особистість з апатичними проявами не відчуває ні задоволення, ні невдоволення. Апатичний стан відрізняється від нудьги, оскільки не супроводжується напругою і дратівливістю. Часто апатія розглядається як результат вираженої і тривалої афективної депривації або важкого стресу. Вона являє собою продукт захисної боротьби проти нестерпних почуттів відчаю і самотності або загрози смерті (особливо під час війни). Зовні прояви апатії носять характер відчуженості – «відмови від об'єктивного світу», але аналіз нерідко виявляє збережені несвідомі прихильності, що заперечується або дезавуйовані захистом.

Апатія – один з провідних симптомів синдрому емоційного вигорання фахівця. У такому випадку проявляється в автоматизмі виконання виробничих завдань, загальної млявості, індиферентності до результатів роботи, негативному емоційному тлі, відсутності прагнення до діяльності, відсутності відчуття відпочинку після вихідних або відпустки.

Частіше вважається, що апатія (грец. α – без, παθοσ – пристрасть) – стан, зумовлений байдужим, відчуженим ставленням до

подій навколо. Він супроводжується відсутністю зовнішніх емоційних проявів, і, найчастіше, зниженням психічної активності (апато-абулічними синдром). Отже, апатія входить до групи основних симптомів шизофренії. Органічні ураження мозку або отруєння каннабіноїдами також можуть бути причинами і передумовами розвитку апатії. У таких випадках апатія найчастіше поєднується з загальмованістю (руховою і мовною), повільною або відсутньої реакцією на зовнішні подразники, провалами в пам'яті і збоями в розумовій діяльності. Застосування розгальмовуючих ліків зазвичай призводить лише до короткочасного пожвавлення в емоційній сфері. Нерідко разом з апатією виявляються ознаки абулії – хворобливого безвілля, відсутності бажань і спонукань до діяльності. Апатико-абулічний синдром часто спостерігається при шизофренії, травмах, пухлинах головного мозку.

R45.4 Дратівливість і озлоблення. Дратівливість – це такий стан людини, при якому її психологічні реакції (поведінка) неадекватні подразнику, а саме набагато більш виражені, ніж того «вимагає ситуація». У побутовому розумінні – це коли людина «зривається» на дрібницях. Саме визначення дратівливості вже говорить про підсвідому значимість цього поняття. Подразник – реакція, стимул – відповідь, умовний рефлекс. Основний процес при цьому – процес подразнення.

Отже, дратівливість – схильність до неадекватних, надмірних реакцій на звичайні подразники зовнішнього або внутрішнього середовища. Частіше за все вона проявляється у вигляді емоцій агресії і гніву, людині складно контролювати себе, змінюється інтонація і гучність мови, змінюються форми поведінки, навіть рухи стають різкіше, рухи очних яблук швидше. Іноді про погляд роздратованої людини кажуть «виблискує, як блискавка». Нерідко роздратування супроводжується реакцією вегетативної нервової системи: пересихає в роті, потіють долоні, з'являються «мурашки» на тілі.

Є люди, для яких дратівливість – вроджена властивість особистості. Але таких людей, за словами психіатра Михайла Виноградова, небагато – всього 0,1%. В інших випадках – ознака якоїсь проблеми. Причини можуть бути різні:

- загальне захворювання ще прихованого характеру (частіше це проблеми з щитовидною залозою, серцем, шлунком);
- виснаження нервової системи;
- прояв невротизації при перевтомі, тривожній і астенічній депресіях, епілепсії;
- посттравматична реакція (тобто тривалі переживання після якоїсь важкої події).

У 30% випадків – через «синдром внутрішнього вигорання». При ньому на фоні стресів, відчуття «конвеєра» життя слабшають механізми психологічного захисту, і людина поступово втрачає контроль над емоціями. Щоб справитися з дратівливістю, потрібен комплексний підхід:

- Зміна обстановки або виду діяльності;
- Активний відпочинок, що максимально відрізняється від повсякденного життя;
- Нормалізація сну;
- Збільшення фізичних навантажень (вони також послужать моральним розвантаженням);
- Психотерапія, спрямована на корекцію поведінки, побудова психологічного захисту і зниження агресії;
- Препарати-седатики, що знімають тривогу і стабілізують вегетатику.

Озлобленість (синоніми: Malevolence, жовчність, оскаженілого, злостивість, злість, лихих звичаїв, запеклість, розлючений, роздратованість) – це конфліктний динамізм злості і ненависті, який характеризується почуттям, що людина живе серед ворогів. Може виникати вже у віці 2-3 років і часто приймає форму сором'язливості.

Фахівці з Гарварду з'ясували, що гнів та озлобленість призводять до порушення гормональних процесів, впливають на імунітет і, зрештою, стають причиною пошкодження внутрішніх тканин. Дослідження ґрунтувалося на експерименті, в якому взяли участь 670 чоловіків у віці від 45 до 86 років. Перевірки фізичного і психологічного стану тривалістю 8 років показали, що у недружніх і схильних до люті чоловіків знос легенів відбувався швидше ніж у

доброзичливих і спокійних. Вчені підкреслюють, що в експериментальну групу входили, в основному, колишні військові, представники малозабезпечених верств населення. Можливо, нервозність і погіршення роботи легенів були викликані якимись невідомими чинниками. Разом з тим, за результатами попередніх досліджень, озлобленість призводить до хвороб серця, астми, гіпертонії і інших недуг.

R45.5 Ворожість Ворожість – це емоційно-особистісне негативне ставлення суб'єкта до інших суб'єктів або об'єктів. В основі ворожості лежать такі емоції, як гнів, відраза, презирство («тріада ворожості» згідно К. Ізарду), а також страх. Отже, ворожість представляє собою емоційно-особистісний компонент агресивної поведінки, що мотивує виникнення намірів з нанесення збитку (когнітивний компонент), які, у свою чергу, є метою конкретних дій з нанесення шкоди (операціональний компонент). У поведінці, що класифікується як агресивна, обов'язково, в тій чи іншій мірі, повинні бути представлені всі ці три компоненти. Переважання одного з них визначає конкретний вид агресивної поведінки. Наприклад, домінування компонента ворожості спостерігається у випадках експресивній або імпульсивної агресії, що протікає по типу афекту і створює враження нецілеспрямованої агресії. Домінування когнітивного компонента призводить до фантазій агресивного змісту. Переважання третьої складової якраз і створює враження самостійного існування агресивної поведінки.

Таким чином, у психології особистості ворожість – це багатомірний конструкт особистості, який має когнітивний, афективний і поведінковий компоненти. Когнітивний компонент являє собою негативні оцінки суб'єктом відносин елементів соціального та/або фізичного середовища і неприязне ставлення до цих об'єктів. Уявлення суб'єкта про ці елементи засновані на відносній точці відліку, на недовірі, підозрі і цинізмі. Як правило, основою когнітивного компонента ворожості є духовна некомпетентність, аморальність. Афективний компонент, як правило, виражається у неприємних емоціях суб'єкта відносин, в гніві, в люті; в крайньому роздратуванні, спрямованих на об'єкт відносин. Афективний компонент може оцінюватися за характером мети, за ін-

тенсивністю і за частотою прояву цього компонента. Поведінковий компонент визначається особливостями установок суб'єкта відносин та особливостями афективного компонента. Будь-яка дія, як елемент поведінки, націлена на злість, ворожість і агресивну поведінку.

Злість дає сигнал організму готуватися до бою. Цю реакцію часто називають механізмом «бий або біжи». Коли людина злиться, в кров потрапляють адреналін і інші гормони, артеріальний тиск підвищується, серцебиття і дихання частішають. Багато людей помилково вважають, що злість – це завжди погана емоція, і що її не можна висловлювати. Насправді злість може бути нормальною реакцією людини на повсякденні події. Це правильна реакція на ситуації, які становлять загрозу безпеці. Злість може бути позитивним стимулом для дій. Злість також може бути симптомом чогось іншого, в залежності від того, наскільки часто і наскільки інтенсивно людина відчуває злість.

Ворожість – це постійна готовність до бою. Ворожі люди часто вперті, нетерплячі і запальні. Вони часто беруть участь у бійках чи їм хочеться когось або щось вдарити. Злість і постійна ворожість викликають підвищений артеріального тиск і збільшують вірогідність виникнення інших проблем з серцем, такі як депресія, серцевий напад або інсульт.

Підлітки, які часто відчувають злість і ворожість, також часто стикаються з тривогою, стресом, сумом і втомою. У них частіше виникають проблеми з алкоголем чи наркотиками, а також розлади травлення, ніж у дітей, які рідко відчувають злість.

Агресивна поведінка часто починається зі словесних погроз або дрібних інцидентів, але з часом це може вилитися у фізичні ушкодження. Агресивна поведінка дуже руйнівна, як у фізичному, так і в емоційному плані. Вона може включати фізичне, вербальне або сексуальне насильство над близькими людьми (домашнє насильство), над дитиною (жорстоке поводження з дітьми) або над літніми людьми (жорстоке поводження з людьми похилого віку).

Насильство викликає більше травм і смертей серед дітей, підлітків і молодих людей, ніж інфекційні захворювання, рак та вро-

джені дефекти. Вбивство, суїциди і насильницькі травми – це головні причини смертності в дітей. Насильство із застосуванням зброї – одна з основних причин смерті дітей та підлітків у США. Близько 5,000 підлітків вбивають щороку. Крайньою формою вираження поведінкового компонента ворожості може бути тероризм.

Почуття ворожості – це неприязне ставлення до того, з ким людина перебуває у конфлікті. Почуття ворожості виникає з негативного досвіду спілкування та взаємодії з будь-яким людиною в ситуації конфлікту Воно легше виникає у вразливих і мстивих людей. Почуття ворожості проявляється в «агресивному настрої», «агресивному стані» (Н. Д. Левітов), тобто в емоціях злості (гніву), відрази і презирства з притаманними їм переживаннями і експресією, які можуть призводити до агресивної поведінки. Однак А. Басью зазначає, що ворожість та агресивна поведінка поєднуються хоча й часто, але аж ніяк не завжди. Люди можуть перебувати у ворожих відносинах, але ніякої агресії не проявляти хоча б тому, що заздалегідь відомі її негативні наслідки для «агресора». Буває і агресія без ворожості, коли, наприклад, грабують людини, не відчуваючи до нього ніяких ворожих почуттів.

К. Ізард теж підкреслює, що агресивні вербальні і фізичні дії не входять до ворожості, і це дійсно так. Ворожа (агресивна) поведінка може виникати з почуття ворожості, мотивуватися їм, але саме цим почуттям не є. Ворожість ще не є агресія (хоча важко уявити собі, щоб по відношенню до об'єкта ворожнечі людина не проявила непряму вербальну агресію, тобто не поскаржилася на нього кому-небудь, не сказала про нього яку-небудь образу).

Сильно виражене відчуття ворожості позначається як ненависть. Ненавидіти можна не тільки окремих людей, а й людство в цілому, хоча сильне розчарування відноситься тільки до конкретної особи.

Агресивність – така риса особистості, яка проявляється у ворожості до людей, тварин, обставинам, до предметів культури, схильності до руйнувань і неспровокованої агресії. Агресивна людина на більшість дій, випадкових і таких, що не містять загрози і бажання нашкодити їй, спрямованих до неї чи ні, схильна прояв-

ляти агресію. Людина зі слабо розвиненою особистісної рисою агресивності буде намагатися згладити конфлікт, що виник, розрядити обстановку.

У разі ворожості, людина завжди має перед собою певний об'єкт, до якого відчуває це почуття. Іноді ворожість і агресивність ніби переплітаються, однак людина може перебувати у ворожих відносинах з ким-то, а агресивності не проявляти. Трапляється і навпаки, агресивність виникає без ворожості, до людей, яким не відчувають ворожих почуттів.

Чому в людей з'являються такі негативні особистісні риси, іноді дуже небезпечні для суспільства? Часто це відбувається від нестачі любові та уваги, відсутності позитивних емоцій, при цьому виникає нищівна агресивність, спрямована проти всього світу, оточуючих, а буває, що й проти себе самого. Якщо оцінювати в масштабах країни і навіть світу, то сплески агресії, ворожості, тероризму в окремих країнах, в районах однієї країни провокують появу агресії та ворожості в інших місцях. Іноді це відповідна реакція постраждалих, іноді це вмілий психологічний вплив на розум і почуття людей, іноді на вже існуючі особистісні риси агресивності і ворожості накладається навколишнє оточення.

Найчастіше формування агресивності починається у людини з дитинства. Приклад поведінки батьків, агресія і ворожість членів сім'ї, перегляд фільмів з елементами агресії, «виховання вулиці» з її жорсткими законами мають вплив на особистісні риси дитини.

Агресивність, ворожість, дратівливість, злостивість досить часто можуть бути симптомами розвиваються патопсихологічних змін особистості, що призводять до дисфорії – розладу настрою, що характеризується напруженим, злобно-тужливим афектом з вираженою дратівливістю, що доходить до вибухів гніву з агресивністю.

Найбільш активно ворожість стали досліджувати в 80-х роках XX століття, коли була виявлена її зв'язок з фізичним здоров'ям. В даний час є три основних напрямки прикладних досліджень ворожості: вивчення поведінкових проявів ворожості (зокрема, прогнозування агресії), вивчення впливу ворожості на фізичне здоров'я (психологічні чинники бронхіальної астми, серцево-

судинної патології та ін), вивчення ворожості в межах різних психічних розладів.

Методи вимірювання ворожості можна розділити на три основні групи: опитувальники, в основі яких лежать дані самозвіту (шкала Но-ММРІ, опитувальник Басса-Дарки); експертні оцінки поведінки людини в межах спостереження або стандартизованого інтерв'ю; проективні тести, частина з яких створена спеціально для вимірювання агресії, гніву і ворожості, інша ж частина – це більш загальні механізми, в яких ворожість є лише одним з безлічі вимірюваних параметрів (ТАТ, тест Роршаха, тест фрустрації Розенцвейга, тест руки, РНЖ, методика незакінчених речень та ін.). Кожна група характеризується своїми перевагами і недоліками у плані достовірності, економічності і зручності в застосуванні. Вочевидь, слід поєднувати кілька різних методик відповідно до цілей і умов проведення дослідження (рівень усвідомленості пережитої ворожості, можливість впливу фактора соціальної бажаності, характеристики працездатності особи й т.п.).

Ворожість може бути однією з базових характеристик об'єктів суб'єктивного світу. Уявлення про навколишній світ як про вороже середовище формуються з перших днів життя дитини під впливом цілого ряду факторів, серед яких спадкові, сімейні, соціальні. Крім цього, вони можуть сформуватися вже в зрілому віці внаслідок психічної травми, коли картина світу зазнає катастрофічних змін. Поряд з ворожістю слід враховувати ряд взаємопов'язаних характеристик суб'єктивного світу уявлень, таких як: справедливість, контрольованість, передбачуваність і ін. Взаємодія всіх цих характеристик дає нам весь спектр поведінкових проявів так званої «ворожої картини світу», моделями яких можуть служити висока агресивність, захворювання психосоматичного кола, уникнення соціальних контактів, депресія, ПТСР та ін.

У зв'язку з вивченням ворожої картини світу було створено опитувальник з 94 пунктів, серед яких твердження щодо доброзичливості зовнішнього світу і оточуючих людей, принципів розподілу «хорошого» і «поганого» серед людей (передбачуваність, контрольованість, справедливість), а також щодо особистісних якостей самої особи. В основу підбору пунктів було покладено список

питань, розроблений в 1989 році Janoff-Bulman для вивчення картини світу в хворих ПТСР. Дослідження, проведене за допомогою даного опитувальника і трьох інших методик (тест Роршаха за системою Екснер, опитувальник Басса-Дарки, тест УСК) на двох контрольних групах піддослідних – хворі на бронхіальну астму; високо агресивні злочинці (вбивці, гвалтівники) -, показало можливість виділення специфічних для даних груп і відмінних від норми типів ворожості.

R45.6 Фізична агресивність Фізична агресія – використання фізичної сили проти фізичного об'єкта, іншої особи або соціальної групи. Фізична агресія проявляється певними психомоторними актами, нерідко представленими у тій чи іншій їх послідовності (поштовхи, удари, побиття, катування та ін.). А. Басс розрізняє такі види фізичної агресії: фізична – активна – пряма агресія у вигляді нанесення іншій людині ударів, побиття чи поранення за допомогою зброї; фізична – активна – непряма агресія (наприклад, закладка мін-пасток; змова з метою побиття та ін.); фізична – пасивна – пряма агресія як прагнення фізично не дозволити іншій людині досягти бажаної мети або зайнятися бажаною діяльністю (бойкот, сидяча демонстрація); фізична – пасивна – непряма агресія як відмова від виконання необхідних завдань (наприклад, відмова звільнити територію під час сидячої демонстрації).

Шкала агресії, що відкрито проявляється, за Юдовським (OASCL) включає в себе опис трьох форм фізичної агресії та їх поведінкових ознак. Перша – фізична агресія по відношенню до себе (її поведінкові ознаки: дряпає, щипає себе, рве волосся, б'є себе, розбиває кулаки, кидається на підлогу, завдає собі поверхневі рани та опіки, завдає собі пошкодження). Друга – фізична агресія по відношенню до предметів (її поведінкові ознаки: індивід ляскає дверима, рве одяг, кидає вниз речі, бруднить стіни, ламає речі і б'є скло, розводить вогонь, псує цінне майно). Третя – фізична агресія, спрямована на оточуючих (її поведінкові ознаки: індивід замахується для удару, хапає супротивника за одяг, загрожує йому недвозначними жестами, б'є, тягає його за волосся; нападає, завдаючи легкі пошкодження; заподіює серйозні каліцтва). Важливим завданням психології стає з'ясування гендерної

схильності до фізичної агресії. В даний час вважається, що чоловіки значно частіше вдаються до фізичної агресії ніж жінки (Gentry, 1970; Harris, 1974, 1992; Lagerspetz, Bjorkvist & Peitonen, 1988, Eagly & Steffen, 1986).

Важливе значення набуває вирішення проблеми оцінки інтенсивності агресії. Після появи зброї, стало ясно, що на підставі витрачених особою сил не можна робити однозначний висновок про інтенсивність агресії. Переважна тенденція – оцінювати інтенсивність агресії на підставі ймовірності того, наскільки агресія здатна спричинити серйозне поранення, небезпечне для життя, включаючи смерть потерпілого. Той, хто стріляє в людину з близької відстані, очевидно, агресивніше того, хто вдаряє його кулаком, хоча стрілок (фактично вбивця) докладає явно менше фізичних зусиль, ніж особа з кулаком (Семенюк, 2003). Цей приклад оголює дуже важливу проблему критеріїв інтенсивності агресії: вона повинна вимірюватися вагою наслідків насильства, а не доданими фізичними зусиллями, вираженістю агресивних емоцій або якихось фізіологічних змін.

Фізична агресія може бути вікарною, тобто замісною, яка виражається за допомогою її імітації. Наприклад, ігрова агресія, зокрема, жорсткі спортивні змагання, такі як бокс і регбі.

Вченими виділено кілька груп факторів агресивної поведінки людини, зокрема, біогенетичні, індивідуально-психологічні особливості особистості, специфіка виховання, вплив субкультури, роль засобів масової комунікації і т.д. Одну з груп таких факторів складають ситуативні детермінанти: конкретні соціальні ситуації, що виникають у процесі міжособистісного (міжгрупового) спілкування. Їх вивчення є необхідною умовою аналізу причин агресивної поведінки людини. Ці чинники провокують агресивну поведінку навіть у неагресивних за характером людей.

Результати ряду досліджень визначили коло ситуацій, які прямо чи опосередковано можуть викликати агресивну поведінку більшості людей. Ними виступають: фізична або словесна (вербальна) агресія інших осіб (особливо, якщо вона сприймається як навмисна), ситуація неможливості реалізувати свої актуальні потреби, умови жорсткої конкуренції між взаємодіючими сторонами,

присутність осіб, що провокують конфлікт. В основі цих ситуацій лежить міжособистісний (іноді – міжгруповий) конфлікт – провокація, яка часто закінчується вербальними або фізичними випадами. Варто зазначити, що психологічні особливості підлітків сприяють появі конфліктних ситуацій практично на всіх рівнях соціальних зв'язків: у родині (внаслідок реакції емансипації), школі /ВНЗ (з аналогічної причини), з ровесниками (через емоційну нестійкість, імпульсивність поведінки). Низка соціально-психологічних експериментів підтверджує великий вплив різного роду провокацій на ступінь агресивності. Більшість людей в міжособистісних відносинах використовує принцип «око за око, зуб за зуб», відповідаючи агресією на агресію.

Для виявлення взаємозв'язку між різними типами соціальних ситуацій, що провокують агресію, і особистісними характеристиками індивідів було проведено соціально-психологічне дослідження: опитано 166 осіб (83 чоловіків) у віці 14-20 років: учні старших класів середніх шкіл, студенти. Їм пропонувалася анкета з описом декількох ситуацій і типів агресивних вчинків, які потрібно було співвіднести між собою. У цьому дослідженні була використана більш розширена типологія агресивної поведінки А. Басса:

Типи	Приклад
Фізична-активна-пряма	Нанесення побоїв людині
Фізична-активна-непряма	Змова з найманим вбивцею
Фізична-пасивна-пряма	Сидячий страйк
Фізична-пасивна-непряма Вербальна-активна-пряма Вербальна-активна- непряма Вербальна-пасивна-пряма Вербальна-пасивна- непряма	Відмова виконати наказ Словесну образу людини Поширення наклепу, пліток Відмова розмовляти з людиною Відмова захистити людину, яку незаслужено критикують

У ході дослідження не було виявлено жодної ситуації, що викликала б однакову реакцію всіх респондентів, незалежно від їхньої статі і віку. Низка соціальних ситуацій дійсно провокувала агресію у більшості піддослідних, але жодна з них не стала універса-

льною, що спростовує теорію деяких фахівців про існування феномену «влади ситуації» (power of situation).

Найбільш поширеною серед молоді виявилися вербальна-активна-пряма і фізична-пасивна-непряма агресія: тільки 4% і 7% респондентів «ніколи так не чинили». Популярність першого варіанту закономірна, бо така поведінка в більшій мірі «соціалізована», відповідає сучасним субкультурним нормативам. Поширеність другого типу поведінки (помста через непокору «агресорові») може бути пояснена віковими особливостями опитаних. 81% респондентів ніколи не виявляли фізичної-активної-непрямої агресії.

Можна виділити ситуації, які більшою мірою провокують агресивну поведінку молоді: антипатія до людини (81% опитаних), навмисна вербальна агресія (81%) і навмисна фізична агресія з боку іншої людини (73%). Менш провокаційними є ситуації перебування у нетверезому стані і ненавмисної словесної образи чи поштовху. Таким чином, люди відповідають агресією переважно на навмисну агресію інших осіб, рідко реагуючи таким чином на випадкові дії, а саме по собі вживання алкоголю не є безпосередньою причиною агресії. Знаходження в нетверезому стані сприяє проявам агресії тільки у 11-16% молодих людей. Співвідношення типів реакцій у різних вікових груп приблизно рівне, проте дівчата рідше вибирають прямі форми агресії.

Повнолітні частіше використовують непрямі форми агресії. Дівчата більш схильні до вербальних, а юнаки до фізичних її форм. Антипатія до людини у більшої частини (приблизно 80%) як неповнолітніх, так і повнолітніх викликає агресію. У даній ситуації поведуться агресивно 75% респондентів чоловічої і 87% жіночої статі. Для чоловіків притаманна фізична-пасивна-непряма форма, для жінок – вербальна-активна-непряма і фізична-пасивна-непряма.

Перебування в компанії друзів по-різному впливає на ступінь агресивності вікових підгруп. На наявність агресивних реакцій у цьому випадку вказало 11% підлітків у порівнянні з 29% більш дорослих респондентів. Обидві групи частіше вибирають вербальну-активну-непряму форму, але підлітки більшою мірою схильні

до прояву фізичної сили. Статева приналежність не впливає на специфіку реагування.

Отже, існують деякі стереотипи у виборі тих чи інших поведінкових моделей агресії. Так, в ситуації контакту з людиною, до якої суб'єкт відчуває антипатію, частіше виникає бажання відмовити йому в виконанні якогось прохання. Такий же тип поведінки в поєднанні з прямими словесними нападками провокується поганим настроєм або контактом підлітка (частіше юнака) з людиною, яка чимось йому заважає. На навмисні словесні образи і фізичну агресію більшість молодих людей реагує аналогічним чином, не намагаючись себе стримувати. Знаходження в групі однолітків підвищує ймовірність поширення пліток і чуток про недоброзичливців (пліткарям завжди була потрібна публіка). У цілому, ситуативні чинники грають істотну роль в актуалізації агресивної поведінки молоді. Для подолання агресії потрібно підвищувати рівень культури, долати економічну кризу, організовувати на рівні держави різнобічні програми з виховання молоді.

Спеціальні дослідження, проведені з цього приводу (Дандарова Ж.К., Реан А.А., 1999), показали, що підлітки, чия самооцінка знаходиться в конфлікті з зовнішньої оцінкою соціуму (оцінка нижче і не відповідає самооцінці), достовірно відрізняються від своїх однолітків більш високими показниками агресії. Найбільш істотні відмінності виявляються за рівнем вираженості непрямої агресії і негативізму. Крім того, підлітки з конфліктним співвідношенням самооцінки і зовнішньої оцінки мають також більш високий рівень таких форм агресії як дратівливість, фізична агресія і образа.

Однією з форм агресивної поведінки взагалі, і в підлітків зокрема, є аутоагресивна поведінка, тобто агресія, спрямована на самого себе. Аутоагресія, по суті, являє собою деструктивний, саморуйнівної поведінки. Феномен аутоагресії представляється найбільш загадковим, і, звичайно, не повинен зводитися лише до клінічної мазохістської інтерпретації. Зрозуміло, що аутоагресія, також як і агресії взагалі, становить значний інтерес саме для психології здоров'я особистості.

До інших порушень психологічного здоров'я, що містять у своїй основі ворожість і агресивність відносяться:

Т74 Синдром жорстокої поведінки
Т74.0 Залишення без уваги або занедбаність
Т74.1 Фізична жорстокість
Т74.2 Сексуальна жорстокість
Т74.3 Психологічна жорстокість
Т74.8 Інші синдроми жорстокої поведінки
Т74.9 Синдром неуточненої жорстокої поведінки

Т74.1 Фізична жорстокість. Фізична жорстокість – найпростіший спосіб придушення особистості. По відношенню до дитини вона часто починається з легких ляпасів, які переходять у побиття. Відомо, що 70% дитячих травм – побутові. Причому, за цією статистикою часом ховаються систематичні побої в сім'ї. Лють, що спалахнула миттєво, часом настільки засліплює батьків, що вони, не замислюючись, сильно б'ють дитину по голові, в груди, по руках. У результаті – переломи носа, ребер, черепно-мозкові травми. Можуть виникнути порушення слуху, зору, не кажучи вже про покалічену психіку. Через це починаються проблеми з навчанням, у спілкуванні з однолітками.

У деяких сім'ях кулаки використовують і як доказ «небайдужого ставлення» багатьох чоловіків до жінок (а іноді – навпаки). Та так, що постраждала сторона нерідко потрапляє до лікарні, а то й до моргу.

Фізичні ознаки насильства:

- синці і садна невідомого походження, можливо, різної давності, розташовані групами або у вигляді незвичайного малюнка, або на декількох ділянках тіла, опіки невідомого походження, які можуть бути від сигарети, мотузки, праски, або (внаслідок занурення в гарячу рідину) у вигляді рукавички або носка;
- розриви і порізи невідомого походження в роті, на губах, руках, ногах або тулубі;
- припухлість і болючість суглобів, множинні переломи невідомого походження;
- вибиті або розхитані зуби; • сліди людських укусів;
- ділянки облисіння (видертого волосся);

- поява пошкоджень після пропуску занять у школі, вихідних або канікул.

Поведінкові ознаки насильства:

- дитина легко лякається або постійно боїться дорослих, батьків, фізичного контакту чи плачу інших дітей;
- екстремальна поведінка: агресивність, замкненість;
- погано розвинені навички спілкування;
- труднощі в навчанні: погана успішність, нездатність зосередитися, відставання мовного розвитку;
- втечі з дому, схильність до правопорушень;
- неймовірні пояснення наявних фізичних пошкоджень;
- скарги на болючість при рухах, незручність пересування;
- прикривання тіла одягом, навіть якщо в цьому немає необхідності;
- боязнь йти додому, особливо після отримання поганих оцінок.

Жорстокість в сім'ї може виявлятися в різних формах: фізичній, емоційній та сексуальній.

T74.2 Сексуальна жорстокість. Сексуальне насильство – домагання, зґвалтування, інцест –зазвичай відбувається за закритими дверима, таємно. Часто воно чиниться тими, хто користувався довірою жертви, більше того, найближчим родичем. Наприклад, батьком над неповнолітньою донькою. Найсумніше, що мати, дізнавшись про це, часом не тільки відмовляється подати на чоловіка до суду, але і робить вигляд, що нічого особливого не сталося, провокуючи його таким чином на нові злочини. Замість розуміння, співчуття дочка стикається з байдужістю, а то й ревнощами, ненавистю матері – найближчої людини.

У США, де служби допомоги жертвам сексуального насильства існують багато років і мають у своєму розпорядженні велику статистику, відомо: кожна друга жінка піддається насильству сексуального партнера хоча б раз у житті. У нашій країні такі служби вже створені, причому кількість осіб, що звертається до них за допомогою, постійно зростає.

Т74.3 Психологічна жорстокість. Щоденні настанови, категоричні накази, образи, погрози, надмірна опіка членів сім'ї – все це прояви емоційної жорстокості, метою якої є контроль над почуттями, психічним станом оточуючих. Американські фахівці відзначають особливу форму емоційного насильства – гаслайтінг: жертву втягують в якісь ситуації, а потім, знищивши всі сліди, заперечують те, що трапилося. Наприклад, саме «невинне» – ховають окуляри або рукавички. А коли господар починає їх розшукувати, він вже починає сумніватися: «А чи не загубив?». Йому лицемірно співчувають: мовляв, з пам'яттю у тебе щось не те, давай допоможу, і непомітно кладуть приховане на колишнє місце. Особливо часто так чинять з людьми похилого віку, які в кінці кінців починають вірити: психікою не все гаразд. – і повністю підпорядковується агресору.

Необхідно знати ознаки не тільки фізичного насильства. У Конвенції про права дитини психологічне (емоційне) насильство визначається як тривалий, постійний або періодичний психологічний вплив, що приводить до формування у дитини патологічних рис характеру чи порушує розвиток її особистості. До цієї форми насильства відносяться:

- відкрите неприйняття і критика дитини;
- образа і приниження її гідності;
- погрози на адресу дитини, які проявляються у словесній формі без фізичного насильства;
- навмисна фізична або соціальна ізоляція дитини;
- пред'явлення до дитини надмірних вимог, які не відповідають її віку і можливостям;
- брехня та невиконання обіцянок з боку дорослих, порушення довіри дитини;
- одноразовий грубий психологічний вплив, що викликав у дитини психічну травму.

У дітей, що систематично піддавалися психологічному насильству, також існують характерні зовнішні ознаки та особливості поведінки, знання яких дозволяє запідозрити застосування емоційного насильства по відношенню до цих дітей.

Особливості зовнішнього вигляду дитини, що дозволяють запідозрити емоційне насильство:

- затримка розвитку;
- наявність різних соматичних захворювань (різка втрата ваги, ожиріння, виразка шлунка, шкірні захворювання і т.д.), нервові тики;
- енурез;
- сумний зовнішній вигляд, депресія, сльозливість.

Особливості поведінки дитини при психологічному насильстві:

- неспокійність чи тривожність;
- порушення сну;
- порушення апетиту;
- довгостроково зберігається пригнічений стан;
- агресивність;
- схильність до усамітнення;
- надмірна поступливість і запобіглива, догідлива поведінка;
- ексцентрична поведінка;
- суїцидальні погрози або спроби;
- невміння контактувати з іншими людьми;
- низька самооцінка.

Необхідно проводити спільне обговорення з педіатрами, педагогами та шкільними психологами стратегії роботи дітьми, що зазнали як фізичного, так і морально-психологічного насильства, тактики роботи з їх батьками, мінімізації шкільних ситуацій, що провокують напади насильства з боку батьків або осіб, які їх замінюють.

Сьогодні складні економічні умови посилили напругу в родинах не тільки між чоловіком і дружиною, а й діти опинилися в епіцентрі цієї напруги. У батьків скоротився час для спілкування з дітьми, виховання часом носить забороняючий і констатуючий характер, що обмежує дії і волю дитини. Все частіше в родинах у виховних цілях застосовуються різні покарання: прочуханки за провини, погані оцінки, за неприємні хвилини спілкування батьків з вчителями, за непослух. «Трісну», «обірву вуха», «випорю», «віддеру», «вріжу», «зараз отримаєш» – це звичайні повсякденні

слова з батьківського лексикону, коли побої стають звичним явищем в сім'ї.

Особливості поведінки дорослих, що дозволяють запідозрити емоційне насильство у відносинах з дітьми:

- обвинувачення або публічне приниження дитини, образа, відкрита лайка;
- відмова в розраді, коли дитина дійсно перелякана або пригнічена, надкритичне ставлення до дитини, до її вчинків і поведінки, небажання нести відповідальність за дитину, перекладання на дитину відповідальності за її невдачі;
- відкрите визнання нелюбові чи ненависті до дитини.

Головна причина жорстокості в родині – бажання підпорядкувати собі іншу особистість. Агресія, спрямована на дітей, пояснюється, зазвичай незрілістю батьків. Не маючи уявлення про реальні здібності сина чи дочки, вони думають, що діти навмисне не виконують вимоги, що пред'являються. Проблеми у вихованні, дефіцит педагогічних знань мимоволі викликають у батьків почуття неповноцінності. Не бажаючи в подібному признатися навіть собі, вони перекладають провину на дітей і карають їх. Ще одна причина жорстокості по відношенню до дитини – емоції дорослих з приводу фінансових труднощів в родині. Цей мотив особливо явним став останнім часом.

На поведінці сімейного диктатора відбивається і його внутрішня переконаність не тільки в ефективності, але і неминучості покарання, як заході виховання. Характерний вирок у такій ситуації: «Подивися, що ТИ примушуєш мене з тобою робити!» Так, наприклад, чоловік, що виріс в сім'ї, де дід і батько не враховували думку бабусі, матері або дружини – навряд чи допускає думку про те, що інші жінки заслуговують більшої поваги.

Агресором часто стає людина з проблемами в емоційній сфері: їй важко спілкуватися, справлятися зі стресами. Агресори нав'язують близьким майже повну соціальну самотність: прагнуть постійно бути поруч, під різними приводами забороняють зустрічатися зі сторонніми, влаштовують скандали, сцени ревнощів. Ревнощі іноді набуває ірраціональний, фантастичний характер. Чоловіка або дружину звинувачують не тільки в можливих відно-

синах з іншою людиною, але навіть у подібних думках. Характерні прагнення заборонити жертві розпоряджатися її власними грошима, речами, контроль за телефонними розмовами, покупками і іншим. Характерні надмірні вимоги до прибирання, їжі, сексу і т.д. Часто домашні агресори впадають у лють без видимих причин, але поза межами власної домівки демонструють чарівність і лагідність у відносинах.

Існує багато причин, з яких жертва не покидає кривдника. Іноді вони виступають в комплексі: неможливість поділити квартиру, небажання руйнувати сім'ю, страх самотності, економічна залежність, страх відплати з боку агресора, поділу дітей, відлучення від дітей, засудження родичів і друзів, неможливість для маленької дитини жити окремо від батьків. Причому жертви нерідко люблять своїх гнобителів, тому що ніколи не бачили до себе іншого відношення з боку рідних людей.

Жорстоке поводження з тваринами – не пов'язане з самообороною спричинення страждання або шкоди тваринам, наприклад, з хуліганських міркувань. Захисники тварин розширюють поняття, включаючи в нього «шкоду для вигоди», наприклад, вбивство тварин для отримання їх хутра чи м'яса.

Завдяки дослідженням учених сьогодні достовірно відомо, що людина з проявами жорстокості відносно тварин має психічну патологію, яка може виявитися вже в ранньому дитинстві і за відсутності стримуючих факторів посилюються з віком. Більшість досліджень показують, що маніяк-вбивця починає формуватися вже у віці 8-12-ти років. Р.Ресслер (Robert K. Ressler), який складав психологічні портрети злочинців – серійних вбивць с особливою жорстокістю зауважував: «Вбивці...найчастіше починали з того, що в дитинстві мучили і вбивали тварин».

Якщо раніше дитячі знущання над тваринами трактували в основному як недолік виховання через неблагополучну обстановку в родині, то за останніми даними вчених, за жорстокість і агресію відповідає ген (MAOA), а також важливу роль грає етнічне походження. MAOA (моноамінoксидаза) – фермент, який розщеплює різні нейромедіатори і гормони, у тому числі серотонін, дофамін, норадреналін і адреналін. Він присутній в основному в пе-

чінці та головному мозку у великих концентраціях. Існує також припущення, що за певних обставин у дитячому віці ген може призвести до розвитку психопатії. За даними досліджень Інституту судової психіатрії ім. Сербського, 168 з 187 осіб (89,8%), що вчинили тяжкі насильницькі злочини починали з катувань тварин.

1.3.2 Симптоми і ознаки, що відносяться до зовнішнього вигляду і поведінки

Зовнішній вигляд і особливості поведінки людини описують категорії рубрики R46 за МКХ-10.

R46.0 Дуже низький рівень особистої гігієни. Навіть дуже тяжко соматично хвора людина прагне дотримуватися особистої гігієни, тому її низький рівень буває при неможливості себе обслуговувати при проживанні на самоті, частково у відділеннях лікарень/клінік паліативної медицини. Наявність важкого психічного захворювання (деменція, хвороба Альцгеймера, шизофренія) також може супроводжуватися дуже низьким рівнем особистої гігієні.

Формування звички до особистої гігієні закладається в батьківській родині. Хороша особиста гігієна це перший крок до хорошого здоров'я. Якісна гігієна тіла допомагає відчувати себе добре фізично, що дуже важливо для психічного здоров'я. Особиста гігієна має важливе значення для соціальної взаємодії і в професійній сфері: люди, які мають низький рівень гігієни (запах тіла, неприємний запах з рота, і т.д.) часто сприймаються як «брудні» і можуть стикатися з дискримінацією.

Особисту гігієну допоможуть поліпшити наступні кроки. Щоденний душ або регулярні ванни (щоранку і після всіх спортивних заходів) допомагає бути чистим, свіжим і без запаху. Крім того, це допомагає очистити шкіру, відлущити мертві клітини і допомогти шкірі залишатися здоровою і свіжою, що буде перешкоджати появі прищів, плям і інших змін шкіри. Потрібно користуватися особистим рушником і регулярно його змінювати. Обов'язкове миття рук після відвідування туалету, перед прийняттям їжі, після контакту з собаками та іншими домашніми тваринами, після кон-

такту зі сміттям, і після кашлю або чхання (або якщо ви були в середовищі, де кашляють або застуджені), – для запобігання розповсюдження бактерій і вірусів. Важливо також вчасно обрізати нігті.

Рот людини найбільш схильний до обсіменіння шкідливими бактеріями і появи інфекцій. Останні дослідження показали тісний зв'язок між хворобами ясен і атеросклерозом, що може призвести до серцевих нападів і інсультів. Дослідники вважають, що бактерії, які викликають захворювання ясен, при попаданні в кровотік активують імунну систему, що супроводжується запаленням стінок артерій і наступним їх звуженням. Інша теорія говорить, що бактерії взаємодіють з атеросклеротичними бляшками, які вже є в артеріях людини, що призводить до їх подальшого звуження. Щоб звести до мінімуму накопичення бактерій у роті (що може викликати карієс зубів і хвороби ясен), необхідно чистити зуби як мінімум два рази на день і ниткою щодня. Це також допоможе запобігти неприємному запаху з рота. Регулярна заміна щітки (після 3-4 місяців) також має важливе значення для гігієни порожнини рота. Для підтримки гігієни порожнини рота слід відвідати стоматолога не рідше одного разу на шість місяців.

Поняття особистої гігієни також включає догляд за волоссям. Мити голову потрібно принаймні кожні два дні, а при появі вошей і лупи обробити шкіру голови відповідними засобами негайно. Крім того, для здорового волосся важлива регулярна стрижка.

Чистий одяг також входить в поняття особистої гігієни Брудний одяг є джерелом забруднення і може призвести до появи дуже серйозних шкірних захворювань. У цілому, хороші гігієнічні звички легко прищепити і зберегти, як найбільш ефективний спосіб захистити себе і інших від багатьох хвороб.

R46.1 Химерний зовнішній вигляд. Дивний зовнішній вигляд не є проблемою сам по собі. Немає нічого страшного в трохи химерному вигляді. Але коли зовнішній вигляд є причиною образ і насильства з боку інших людей, то він стає проблемою. Існують певні ситуації, коли незвичайний зовнішній вигляд дуже небажаний. Наприклад, під час співбесід про прийом на роботу і схожих ситуаціях, коли необхідно справити гарне перше враження.

Дивний, дивакуватий, ексцентричний зовнішній вигляд і поведінка відрізняє людей, яких називають фриками.

Фрик (freak) – людина, що відрізняється яскравим, незвичайним зовнішнім виглядом і зухвалою поведінкою, а так само має неординарний світогляд, який є результатом відмови від соціальних стереотипів. Фриками називають людей, які відверто виділяються з соціуму. Такі індивіди навмисно шокують оточуючих зовнішнім виглядом (недбалий або кричущий одяг, макіяж, зачіски, татуювання, пірсинг), їм властива неадекватне і непередбачувана поведінка. Погляди фриків на навколишній світ можна охарактеризувати як вільні від стереотипів, незалежні і своєрідні.

Англійське слово «freak» (дивацтво, потворність, примха) міцно увійшло в лексикон молодіжної аудиторії, як визначення людини з нетиповою і, як правило, демонстративної моделлю поведінки. Визначення «фрик» – це прикмета нового століття: наші батьки і бабусі називали таких людей «міськими божевільними», а ще раніше в ході було слово «юродивий». Наразі, цими характеристиками наділяють людей, чия поведінка, зовнішній вигляд і стиль життя суттєво відрізняється від прийнятих норм, однак, як правило, не несе ніякої загрози суспільству. У категорію фриків, таким чином, потрапляють представники різних верств суспільства: художники, музиканти, актори і майстри перфомансу, для яких нетипова поведінка і зовнішній вигляд – це спосіб привернути увагу до своїх робіт, крім того, фриками нерідко називають трансвеститів і шизофреників. Принципова відмінність «фрика» від всіх інших «психів» полягає в тому, що він небезпечний для оточуючих; це таке «кишенькове» безумство, що виражається в дивних убраннях, прийнятті картинних поз і декламації дивних текстів зі складними асоціативними рядами.

Суспільство на різних етапах історичного розвитку, в основному, досить терпимо ставиться до фрика. Образити юродивого не дозволяла християнська релігія, міські божевільні ставали частиною місцевого фольклору, а сучасні фрики отримують непогані дивіденди від свого дивного зовнішнього вигляду та неадекватної поведінки. Головним фриком минулого століття, безсумнівно, є

Сальвадор Далі, ексцентричність якого виходила далеко за рамки чистого творчості і була невичерпним джерелом тем для громадських захоплень, жахів і наслідування.

У молодіжному середовищі фриками також можуть називати одинаків, які не підтримують зв'язків з однолітками, ізгоїв. Представники такої молоді часто живуть у своєму, вигаданому світі, вони неохоче розкриваються перед сторонніми. На думку доктора психологічних наук В. Попельнюховой, прагнення до епатажу у всіх цих людей не випадково. З його допомогою вони намагаються побороти дві речі – власні комплекси і самотність. Самотність виражається в браку близьких за духом людей поруч. І навіть якщо людина одружена, це не вирішує всіх проблем. Бажання виглядати не як усі, виділятися і привертати до себе увагу – їх маска, їх захист. З точки зору психології фрик-вбрання – це вивертання своєї душі навиворіт, прагнення показати себе у всій красі. Хоча буває, що це лише яскраве драпірування внутрішньої порожнечі. І це завжди внутрішній комплекс, проблема, вирішити які людина намагається через одяг.

У нас «фрик» майже лайка, на заході вже ні, скоріше якийсь символ людини вільної від стереотипів, творчо незалежного індивідуума. Спорудити і надіти на себе костюм галюциногенної гусені може тільки фрик, і тільки справжній фрик може так обіграти цей костюм, що всім відразу стане ясно – це не дурень, а творча особистість, здатна завести публіку своїм нестандартним світовідчуттям. Справжні фрики завжди виступають у ролі перчинок на будь-якому шоу, глядачі їх люблять. Фрик-актор обігрує будь незабутній костюм і існує в просторі «Я в запропонованих обставинах». Тобто, я такий тут і зараз – загадковий, екстравагантний. Фрик-шоу занурює глядачів у світ незвичайних костюмів, світлового шоу і занурений в транс власної вистави акторів.

Хікікоморі – це японський термін, який характеризує підлітків, які відмовляються від соціального життя і часто прагнуть ізоляції та самоти в наслідок різних особистих і соціальних факторів. Такі люди не мають роботи і живуть на утриманні у родичів. Термін «хікікоморі» відноситься, як до соціального явища взагалі, так і до індивідуумів, які належать до цієї соціальної групи.

Міністерство охорони здоров'я Японії визначає хікікоморі як осіб, що відмовляються покидати рідний дім, ізолюючих себе від суспільства і сім'ї в окремій кімнаті протягом більше шести місяців і не мають будь-якої роботи чи заробітку. Хоча протягом явища залежить від індивідуальних особливостей, деякі хікікоморі перебувають в ізоляції кілька років поспіль, а в окремих випадках – десятки років.

Використовується також термін NEET, який розшифровується, як «Not in Employment, Education or Training» («Не в сфері зайнятості, освіти та навчання»). Ця абревіатура, як і термін «хікікоморі», зараз найчастіше вживається в східних країнах – Японії, Китаї, Південній Кореї. За деякими дослідженнями, в 2002 році в Японії налічувалося від 650 до 850 тис. осіб, що потрапляють під це визначення. Подібні люди існують і в США (де їх називають «basement dwellers»« – жителі підвалів), і в Європі – зокрема, саме поняття «NEET» виникло у Великобританії.

R46.2 Дивна і нез'ясовна поведінка. Фрики відрізняються, як ви вже переконалися, неадекватною і непередбачуваною поведінкою, яка для оточуючих людей здається дивною та нез'ясовною. Такий же тип поведінки демонструють особи, що занурені в оккультні практики (знахарі, маги, мальфари, чаклуни, шамани і т.п.).

Культури, які визнають і побоюються шаманів (як приклад), не присуджують титулу шамана будь-якому індивіду з дивним поведінкою, як вважають західні знавці. Вони вбачають дуже ясну відмінність між шаманами та індивідами, які хворі і божевільні. Справжні шамани пережили сильний, незвичайний досвід і змогли інтегрувати його творчо і продуктивно. Вони повинні справлятися з повсякденною реальністю так само, або навіть краще, ніж їхні одноплемінники. До того ж, вони мають доступ до інших рівнів і сфер реальності і можуть викликати неординарні стани свідомості у інших з метою лікування або трансформації. Таким чином, вони швидше показують більш високу функціонування і «більш високу розумність», ніж дезадаптацію і божевілля. Це просто неправда, що в неосвічених аборигенів будь-яка дивна і незрозуміла поведінка вважається священною.

Іноді дивну поведінку людини та незрозумілі на перший погляд вчинки пов'язані з порушеннями сенсорного синтезу, наприклад при явищах дереалізації (людина в страху «рятується від падаючої стіни»). За відповідних питаннях пацієнти зазвичай охоче описують свої переживання.

R46.3 Надмірна активність. Нерідко батьки звертають увагу на те, що дитина не здатна утримувати увагу на деталях, відволікається; уникає і виявляє невдоволення у виконанні завдань, які вимагають тривалого збереження розумової напруги (наприклад, шкільних завдань, роботи по дому). Вони часто звертаються до невролога зі скаргами на те, що діти часто гублять речі, легко відволікаються на сторонні подразники. І в той же час у таких дітей нерідко спостерігається так звана гіперактивність та імпульсивність.

Гіперактивність – це надмірна рухова активність, не властива для нормальних вікових показників. Наприклад, сидячи на стільці дитина часто крутиться; часто встає зі свого місця в класі під час уроків або інших ситуаціях, коли потрібно залишатися на місці, часто проявляє безцільну рухову активність: бігає, намагається кудись залізти, не може спокійно грати або займатися чим-небудь на дозвіллі. Виявляючи імпульсивність, дитина відповідає на питання не замислюючись, не вислухавши їх до кінця, звичайно з важкістю чекає своєї черги в різних ситуаціях, часто заважає іншим, пристає до оточуючих, наприклад, втручається в розмови та ігри, часто буває балакучою.

У тому випадку, коли вираженість цих проявів досягає клінічно значущого рівня, діагностується синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, який є найчастішою причиною порушень поведінки і труднощів навчання в дошкільному і шкільному віці. За даними зарубіжних і вітчизняних досліджень, частота синдрому гіперактивності серед дітей цих вікових груп досягає 4,0 – 9,5%, при цьому він переважає серед хлопчиків, і співвідношення хлопчиків і дівчаток в середньому становить 5: 1.

Формування концепції синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю мало тісний зв'язок з розвитком уявлень про мінімальну мозкову дисфункцію, тому в даний час синдром розглядається як наслідок ранніх локальних ушкоджень головного мозку, що виявляються вікової незрілістю окремих вищих психічних функцій та їх

дисгармонійним розвитком. Гіперактивність, в такому контексті, є проявом мінімальної мозкової дисфункції у вигляді надмірної активності, дефіциту уваги, імпульсивності в соціальній поведінці та інтелектуальній діяльності, проблем у взаєминах з оточуючими, заниженої самооцінки, супутніх порушень поведінки, труднощів шкільного навчання, рухової незручності внаслідок статико-локомоторної недостатності. Труднощі, пов'язані з утримуванням рівноваги і недостатністю зорово-просторовою координацією, служать причинами моторної незручності і підвищеного ризику травматизму.

R46.4 Загальмованість і уповільнена реакція. Ці симптоми можуть бути присутніми в клінічній картині багатьох захворювань, як психічних, так і соматичних. Так, при надмірний для людини стрес може спричинити психогенну психомоторну загальмованість – раптово виникаючий стан повного знерухомлення: людина нерухомо застигає, не може зробити жодного руху, «стовбеніє від жаху», не може промовити ні слова (мутизм). Цей стан може тривати від кількох хвилин до кількох годин, супроводжується вегетативними порушеннями та глибоким потьмаренням свідомості, за типом сноподібного оглушення з наступною повною амнезією.

Реактивна депресія у психічно здорових осіб, які перебувають у психотравмуючій ситуації, може коливатися від незначно вираженої пригніченості до порівняно глибокої туги, що безпосередньо пов'язана з ситуацією. Загальмованість інтелектуальної діяльності не різко виражена, характернішим є своєрідне порушення плину уявлень, що зумовлюється концентрацією уваги на вузькому колі ідей, безпосередньо пов'язаних з майбутніми розвитком подій. Хворі не можуть позбутися важких думок і переживань, оцінюють минуле й нинішнє у похмурих тонах, побоюються за майбутнє. При спонтанному зворотному розвитку, а також у результаті терапії чи зміни несприятливої ситуації психічна діяльність поступово відновлюється, однак тривалий час ще спостерігається стан постреактивної астенії.

При порушеннях пізнавальної діяльності також присутні симптоми загальмованості. Недорозвинення пізнавальної діяльності є основною ознакою розумової відсталості. Порушення стосуються

перш за все процесів безпосереднього відображення дійсності – відчуттів і сприйняття. У дітей з ураженої нервовою системою ці психічні процеси формуються повільно і з великою кількістю особливостей і недоліків. Уповільнена, обмежена сприйнятливість має великий вплив на весь подальший хід психічного розвитку.

Особливість дітей з вираженою розумовою відсталістю по гальмівному типу – поєднання недорозвинення здатності до відволікання і узагальнення з переважанням гальмівного процесу над збуджувальними. При стомленні діти легко стають млявими, загальмовуються і повністю вимикаються із загальної діяльності. Мало цікавляться іграшками, малокоммунікабельні, загальмованість заважає їм брати участь в іграх з однолітками.

Загальмованість і уповільнена реакція можуть бути ознаками гіпотиреозу у дітей, причому виразність симптоматики залежить від віку, коли виникла недостатність функції щитоподібної залози, ступеня тиреоїдної недостатності й тривалості захворювання. На відміну від дорослих, у дітей на перший план виходить затримка фізичного, розумового та статевого розвитку. Вроджений гіпотиреоз проявляється в перші дні та місяці життя дитини.

Дитина незвично спокійна, сонлива, рідко кричить, тембр голосу – низький. Відзначається уповільнена реакція на больові подразники, гіпестезія, тривала гіпертонія м'язів, симптом Керніга. Дуже характерні симптоми ураження ЦНС у вигляді сповільнення психічної діяльності, загальмованості, затримки розвитку головного мозку.

R46.5 Підозрілість і явна вивертливість. Підозрілість – схильність відмовляти людям у довірі, припускати обман в діях контрагентів. Люди, схильні до підозрілості, соціально осуджуються, оскільки вони ображають партнерів сумнівами в їх чесності. Крім того, підозрілість розцінюють як психологічну проекцію. Прийнято думати, що, виявляючи недовіру до інших людей, люди переносить на них власну схильність до обману. Абсурдна і наполеглива підозрілість, особливо пов'язана з ідеями ревнощів і переслідування, іменується параноєю та розцінюється як психічне захворювання (або його симптом). У той же час протилежна крайність, довірливість, також визнається негативною якістю. Щодо вивер-

ливості, то вона притаманна особам непостійним, з нестійкими моральними якостями.

R46.6 Надмірний інтерес і підвищена увага до стресових подій.

R46.7 Багатослівність і зайві подробиці, що роблять неясною причину контакту. Ці обидві рубрики також можуть застосовуватися при описі реакції людини на стресорну ситуацію.

1.3.3 Інші порушення психологічного здоров'я

Серед порушень психологічного здоров'я більшість проявів обумовлена впливом стресорних факторів. Людині важливо знати які події і у яких випадках є стресогенними саме для неї – це допоможе пом'якшити негативні наслідки. Також важливо навчитись виявляти у себе ознаки стресової напруги та переводити ці сигнали зі сфери почуттів (емоційної) у сферу розуму (раціональну) і тим самим ліквідувати небажаний стан.

Найчастіші ознаки стресової напруги: неможливість зосередитись на будь-чому; занадто часті помилки в роботі; погіршення пам'яті; постійне відчуття втоми; дуже швидке мовлення; думки зникають; безпричинні болі у голові, спині, шлунку; робота не надає колишнього задоволення; втрата почуття гумору; різко зростає кількість викурених цигарок; пристрасть до алкогольних напоїв; постійне відчуття голоду або навпаки втрата апетиту.

Причини стресового напруження також бувають різні: набагато частіше доводиться робити не те, що хотілося; постійно бракує часу; постійно хочеться спати; надто багато кольорових снів; надмірне паління та вживання алкогольних напоїв; майже нічого не подобається; постійні конфлікти дома і на роботі; незадоволеність життям і/або жити взагалі не хочеться; комплекс неповноцінності; немає з ким поговорити про свою проблему, ніхто не розуміє; не відчувається поваги до себе; хронічне захворювання або постійний біль; незадоволення особистим та сексуальним життям.

В МКХ-10 вищеперелічена симптоматика міститься в рубриці *T73 (Прояви інших форм несприятливого впливу (депривації))*, а

саме Т73.2 Виснаження внаслідок тривалого перебування у несприятливих умовах; Т73.3 Виснаження внаслідок надмірного напруження сил.

Також задіяна рубрика *Z73 (Проблеми, пов'язані з труднощами підтримання нормального способу життя:)* Z73.0 Перевтома (синдром вигорання); Z73.1 Акцентуйовані особистісні риси; Z73.2 Недостатність відпочинку і розслаблення;

Z73.3 Стресовий стан, не класифікований в інших рубриках

Z73.1 Акцентуйовані особистісні риси. Акцентуація (від лат. Accentus – наголос), акцентуація характеру, акцентуація особистості, акцентуйованих особистісна риса – нормальна особливість характеру (в інших джерелах – особистості), при якій окремі його риси надмірно посилені, унаслідок чого виявляється вибіркова уразливість у відношенні одних психогенних впливів при збереження стійкості до інших. Акцентуації не є психічними розладами, але з певних своїх властивостей схожі з розладами особистості. Поняття «акцентуація» близьке до поняття «розлад особистості». Основною відмінністю є те, що три основні характеристики розлади особистості (вплив на всі сфери життя людини, стабільність у часі, соціальна дезадаптація) ніколи не присутні в акцентуації одночасно.

Акцентуйована людина може специфічно реагувати на специфічні психогенні впливи, але тільки на них, у той час як людина з розладом особистості на будь-які психогенні впливи реагує відповідно до особливостей свого розладу (вплив на всі сфери життя). Акцентуації можуть найбільш яскраво проявлятися тільки протягом певного періоду життя людини (наприклад, підліткового періоду) і зазвичай згладжуються з часом, у той час як для розладів особистості характерна поява на ранніх періодах життя і стабільність або посилення проявів протягом життя (стабільність у часі).

А. Є. Личко виділяє два ступені вираженості акцентуацій:

Явна акцентуація – крайній варіант норми. Акцентуйовані риси характеру досить виражені протягом усього життя. Компенсації не відбувається навіть при відсутності психічних травм. *Прихована акцентуація* – звичайний варіант норми. Акцентуйовані риси характеру виявляються в основному при психічних травмах, але не призводять до хронічної дезадаптації.

Карл Леонгард виділив дванадцять типів акцентуації. За своїм походженням вони мають різну локалізацію. До темпераменту, як природного утворення, Леонгардом були віднесені типи:

гіпертимний – бажання діяльності, гонитва за переживаннями, оптимізм, орієнтованість на удачу;

дистимічний – загальмованість, підкреслення етичних сторін, переживання і побоювання, орієнтованість на невдачі;

афективно-лабільний – взаємна компенсація рис, орієнтованість на різні еталони;

афективно-екзальтований – наснага, піднесені почуття, зведення емоцій в культ;

тривожний – боязкість, покірність;

емотивний – боязкість, співчуття;

До характеру, соціально зумовленого освітою, він відніс типи:

демонстративний – самовпевненість, пихатість, хвастощі, брехня, лестощі, орієнтованість на власне Я як на еталон;

педантичний – нерішучість, совісність, іпохондрія, боязнь невідповідності Я ідеалам;

застрягаючий – підозрілість, образливість, марнославство, перехід від підйому до відчаю;

збудливий – запальність, ваговитість, педантизм, орієнтованість на інстинкти.

До особистісному рівню були віднесені типи: **екстравертований, інтровертований.** Варто звернути увагу на те, що поняття екстраверсії та інтроверсії, використані Леонгардом, ближче всього до уявлень Юнга: екстраверт по Леонгардом – це людина, що орієнтується на зовнішні, «об'єктивні» стимули, сприйнятливий до впливу середовища і зацікавлений у ньому, у той час як інтроверт – орієнтований на свої «суб'єктивні» подання, мало піддається зовнішньому впливу і не зацікавлений в ньому. Таке розуміння екстраверсії та інтроверсії не є єдино вірним – в психології існують і інші описи цих характеристик, наприклад, у Айзенка.

А. Є. Личко запропонував наступну класифікацію акцентуацій. **Гіпертимний** (надактивний) тип акцентуації виражається в постійному підвищеному настрої і життєвому тонусі, нестримної актив-

ності і в прагненні спілкування, в тенденції не доводити почате до кінця. Люди з гіпертимною акцентуацією характеру не переносять одноманітної обстановки, монотонної праці, самотності та обмеженості контактів, неробства. Тим не менш, їх відрізняє енергійність, активна життєва позиція, комунікабельність, а гарний настрій мало залежить від обстановки. Люди з гіпертимною акцентуацією легко змінюють свої захоплення, люблять ризик.

При **циклоїдному** типі акцентуації характеру спостерігається наявність двох фаз – гіпертимності і субдепресії. Вони не виражаються різко, звичайно короткочасні (1-2 тижні) і можуть перемежовуватися тривалими перервами. Людина з циклоїдної акцентуацією переживає циклічні зміни настрою, коли пригніченість змінюється підвищеним настроєм. При спаді настрої такі люди виявляють підвищену чутливість до докорів, погано переносять публічні приниження. Вони ініціативні, життєрадісні і товариські. Їх захоплення носять нестійкий характер, в період спаду проявляється схильність закидати справи. Сексуальне життя сильно залежить від підйому і спаду їх загального стану.

Лабільний тип акцентуації має вкрай виражену мінливість настрою. Люди з лабільною акцентуацією мають багату чуттєву сферу, вони дуже чутливі до знаків уваги. Слабка сторона їх проявляється при емоційному відкиданні з боку близьких людей, втрати близьких та розлуку з тими, до кого вони прив'язані. Такі індивіди демонструють товариськість, добродушність, щиру прихильність і соціальну чуйність. Цікавляться спілкуванням, тягнуться до своїх однолітків, задовольняються роллю опікуваного.

Астено-невротичний тип характеризується підвищеною стомлюваністю і дратівливістю, схильністю до іпохондрії, у них висока стомлюваність при змагальної діяльності. У них можуть спостерігатися раптові афективні спалахи за незначного приводу, емоційний зрив в разі усвідомлення нездійсненності намічених планів. Вони акуратні і дисципліновані.

Люди з **сенситивним** типом акцентуації дуже вразливі, характеризуються почуттям власної неповноцінності, боязкістю, сором'язливістю. Часто в підлітковому віці стають об'єктами глузувань. Вони легко здатні виявляти доброту, спокій і взаємодопомо-

га. Їх інтереси лежать в інтелектуально-естетичної сфері, їм важливо соціальне визнання.

Психастенічний тип визначає схильність до самоаналізу та рефлексії, частих коливаються при прийнятті рішень і не переносять високих вимог і вантажу відповідальності за себе та інших. Такі суб'єкти демонструють акуратність і розсудливість, характерною рисою для них є самокритичність і надійність. У них зазвичай рівний настрій без різких змін. В сексі вони часто побоюються зробити помилку, але в цілому їх статеве життя проходить без особливостей.

Шизоїдна акцентуація характеризується замкнутістю індивіда, його відгородженості від інших людей. Шизоїдним людям не дістає інтуїції і вміння співпереживати; вони важко встановлюють емоційні контакти, мають стабільні та постійні інтереси, вельми небагатослівні. Внутрішній світ майже завжди закритий для інших і заповнений захопленнями і фантазіями, які призначені тільки для втіхи самого себе. Можуть проявляти схильність до вживання алкоголю, що ніколи не супроводжується відчуттям ейфорії.

Епілептоїдний тип акцентуації характеризується збудливістю, напруженістю і авторитарністю індивіда. Людина з даним видом акцентуації схильна до періодів злобно-сумного настрою, роздратування з афективними вибухами, пошуку об'єктів для зняття злості. Дріб'язкова акуратність, скрупульозність, допитливе дотримання всіх правил, навіть на шкоду справі, допікають оточуючих педантизм зазвичай розглядаються як компенсація власної інертності. Вони не переносять непокори собі і матеріальні втрати. Втім, вони ретельні, уважні до свого здоров'я і пунктуальні; прагнуть до домінування над однолітками; у інтимно-особистісної сфері у них яскраво виражається ревнощі. Часті випадки алкогольного сп'яніння з вибухом гніву і агресії.

У людей з **істероїдним** типом яскраво виражений егоцентризм і жага бути в центрі уваги. Вони слабко переносять удари по егоцентризму, відчувають страх викриття і боязнь бути осміяними, а також схильні до суїциду. Для них характерні завзятість, ініціативність, комунікативність та активна позиція. Вони вибирають найбільш популярні захоплення, які легко міняють на ходу.

Нестійкий тип акцентуації характеру визначає лінь, небажання вести трудову чи навчальну діяльність. Дані люди мають яскраво виражену тягу до розваг, дозвільному проведення часу, неробства. Їх ідеал – залишитися без контролю з боку і бути наданими самим собі. Вони товариські, відкриті, послужливі, дуже багато говорять. Секс для них виступає джерелом розваги, сексуальне життя починається рано, почуття любові їм часто незнайоме. Схильні до споживання алкоголю і наркотиків.

Конформний тип характеризується конформністю оточенню, такі люди прагнуть «думати, як усі». Вони не переносять крутих змін, ламання життєвого стереотипу, позбавлення звичного оточення. Їх сприйняття вкрай ригідне і сильно обмежене їх очікуваннями. Люди з таким типом акцентуації доброзичливі, дисципліновані і неконфліктні. Їх захоплення і сексуальне життя визначаються соціальним оточенням. Шкідливі звички залежать від ставлення до них у найближчому соціальному колі, на який вони орієнтуються при формуванні своїх цінностей.

1.3.4 Соціальна адаптація. Професійна деформація

Спосіб життя – це повсякденне життя людини з раннього ранку до пізнього вечора, щотижня, щомісяця, щороку. Складовими частинами активного і релаксаційного способу життя є і початок трудового дня, і режим харчування, і рухова активність, і якість відпочинку, і взаємовідносини з навколишнім середовищем та людьми, що оточують, і реакція на стрес. Саме від людини залежить яким буде її спосіб життя – активним, продуктивним, здоровим або пасивним і безглуздим.

Синдром «емоційного вигорання» належить до феноменів особистісної деформації та являє собою багатоаспектний конструкт, набір негативних психологічних переживань, пов'язаних із тривалими й інтенсивними міжособистісними взаємодіями з високою емоційною насиченістю або когнітивною складністю, а отже, можна сказати, що ключову роль у виникненні синдрому відіграють емоційно ускладнені або напружені стосунки в системі «людина-людина» в результаті тривалої дії професійних стресів середньої інтенсивності. На

Європейській конференції ВООЗ у 2005 р. було відмічено, що стрес, пов'язаний з роботою, є важливою проблемою приблизно для третини працівників країн Європейського союзу і вартість вирішення проблем з психічним здоров'ям у зв'язку з цим складає в середньому 3-4% валового національного доходу.

Серед професій, в яких синдром емоційного вигорання зустрічається найчастіше (від 30 до 90% працівників), слід відзначити лікарів, учителів, психологів, соціальних працівників, рятівників, працівників правоохоронних органів. Майже 80% лікарів-психіатрів, психотерапевтів, психіатрів-наркологів мають різного ступеня вираження ознаки синдрому емоційного вигорання; 7,8% – різко виражений синдром емоційного вигорання, що призводить до психосоматичних і психовегетативних порушень.

Згідно визначенню ВООЗ (2001) «синдром вигорання (burnout syndrome) – це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі і втомою, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю або інших психоактивних речовин з метою отримання тимчасового полегшення, що має тенденцію до розвитку фізіологічної залежності і (у багатьох випадках) суїцидальної поведінки.

Найбільш піддані розвиткові синдрому вигорання чотири групи ризику.

Перша група. Особливо швидко «вигоряють» співробітники, які є інтровертами, індивідуально-психологічні особливості яких не узгоджуються з професійними вимогами комунікативних професій. Вони не мають надлишку життєвої енергії, характеризуються скромністю та сором'язливістю, схильні до замкнутості і концентрації на предметі професійної діяльності. Саме вони здатні накопичувати емоційний дискомфорт.

Друга група. Люди, які відчувають постійний внутрішній конфлікт у зв'язку з роботою.

Третя група. Це – жінки, що переживають внутрішню суперечність між роботою і сім'єю, а також тиск у зв'язку з необхідністю постійно доводити свої професійні можливості в умовах жорсткої конкуренції з чоловіками.

Четверта група. Працівники, професійна діяльність яких проходить в умовах гострої нестабільності і хронічного страху втрати робочого місця. Також працівники, що займають на ринку праці позицію зовнішніх консультантів, вимушених самостійно шукати собі клієнтів.

Існує декілька моделей емоційного вигорання. *Однофакторна модель* (Пайнс, Аронсон) розглядає емоційне вигорання як стан фізичного, емоційного і когнітивного виснаження, яке викликається тривалим перебуванням в емоційно перевантажених ситуаціях. Причому, виснаження виступає головною причиною (фактором), а інші прояви дисгармонії переживань і поведінки вважаються наслідком. На думку прихильників цієї моделі, ризик емоційного вигорання загрожує не тільки представникам соціальних професій.

Двофакторна модель (Д. Дирендонк, В. Шауфелі, Х. Сікста) зводить синдром емоційного вигорання до двомірної конструкції з емоційного виснаження і деперсоналізації. Перший «афективний» компонент стосується сфери скарг на власне здоров'я, фізичне самопочуття, нервове напруження, емоційне виснаження. Другий «установчий» компонент – деперсоналізація – проявляється у змінах ставлення або до пацієнтів, або до себе. За трьохфакторною моделлю (К. Маслач, С. Джексон) синдром вигорання являє собою трьохмірний конструкт, який включає емоційне виснаження, деперсоналізацію і редукцію особистих досягнень. Емоційне виснаження розглядається як основна складова емоційного вигорання і проявляється у зниженому емоційному фоні, байдужості и емоційному перенасиченні. Друга складова (деперсоналізація) проявляється в деформації стосунків з іншими людьми. В одних випадках це може бути підвищення залежності від навколишніх. В інших – підсилення негативізму, цинізм установок і почуттів у відношенні до реципієнтів: пацієнтів, клієнтів і т.п. Третя складова емоційного вигорання – редукція особистих досягнень – може проявлятися або в тенденції негативно оцінювати себе, занижувати свої професійні досягнення та успіхи, негативізмі у відношенні до службових достоїнств і можливостей, або у применшенні власного достоїнства, обмеженні своїх можливостей, обов'язків у відношенні до інших.

У чотирьохфакторній моделі вигорання (Firth, Mims, Iwanicki, Schwab) один із його елементів (емоційне виснаження, деперсо-

налізація чи редуковані професійні досягнення) поділяється на два окремих фактори. Наприклад, деперсоналізація, пов'язана з роботою і з реципієнтами відповідно і т. д.

Процесуальні моделі емоційного вигорання розглядають його як динамічний процес зростання емоційного виснаження, що розвивається в часі за певними фазами чи стадіями, внаслідок чого виникають негативні установки у відношенні до суб'єктів професійної діяльності.. Фахівець з ознаками вигорання старається створити емоційну дистанцію у стосунках як спосіб подолати виснаження. Паралельно розвивається негативна установка у ставленні до власних професійних досягнень (редукція професійних досягнень). За **динамічною моделлю** (Б. Перлман і Е.А. Хартман), емоційне вигорання як динамічний процес, що розвивається в часі, характеризується зростаючим ступенем вираженості його проявів. Ця модель описує розвиток процесу емоційного вигорання як прояв трьох основних класів реакції на організаційні стреси. Це: фізіологічні реакції, що проявляються у фізичних симптомах (*фізичне виснаження*); афективно-когнітивні реакції (*емоційне і мотиваційне виснаження, деморалізація/деперсоналізація*); поведінкові реакції, які виражаються в симптоматичних типах долаючої поведінки (*дезадаптація, дистанціювання від професійних обов'язків, знижена робоча мотивація і продуктивність*). Згідно **процесуальної моделі** (М. Буриш) розвиток синдрому емоційного вигорання також проходить низку стадій.

Синдром вигорання згідно моделі К. Маслач та С.Джексон включає в себе три основні складові: емоційну виснаженість; деперсоналізацію (цинізм); редукцію професійних досягнень. Під *емоційною виснаженістю* розуміється відчуття спустошеності і втоми, викликане власною роботою. *Деперсоналізація* передбачає цинічне ставлення до роботи та до її об'єктів. Зокрема, в соціальній сфері при деперсоналізації виникає байдуже, негуманне, цинічне ставлення до людей, з якими працюють. *Редукція професійних досягнень* – виникнення у працівників почуття некомпетентності в своїй професійній сфері, усвідомлення неуспішності в ній.

Синдром професійного вигорання розвивається поступово. За К. Маслач, (1982), він проходить три стадії:

На **першій** стадії всі симптоми проявляються в легкій формі через турботу про себе, наприклад, шляхом організації частіших перерв у роботі або забування якихось робочих моментів (наприклад, невнесення потрібного запису в документацію). Симптоми транзиторні, нестійкі. В залежності від характеру діяльності, сили нервово-психологічних навантажень і особистісних характеристик спеціаліста, перша стадія може тривати три – п'ять років.

На **другій** стадії спостерігається зниження інтересу до роботи, потреби в спілкуванні (в тому числі, і з близькими), прогресування апатії до кінця тижня, поява стійких негативних симптомів (немає сил, енергії, особливо в кінці тижня), головні болі по вечорах, надглибокий сон без сновидінь, збільшення кількості простудних захворювань, підвищена дратівливість, Симптоми проявляються регулярніше, мають затяжний характер і важко піддаються корекції. Людина може почувати себе виснаженою після гарного сну і навіть після вихідних. Тривалість даної стадії, в середньому, від п'яти до п'ятнадцяти років.

Ознаки та симптоми **третьої** стадії вигорання є хронічними. Можуть розвиватися фізичні і психологічні проблеми, психосоматичні захворювання. Людина може почати сумніватись в цінності своєї роботи, професії та самого життя. Характерна повна втрата інтересу до роботи і життя взагалі, емоційна байдужість, отупіння, відчуття постійної відсутності сил. Спостерігаються порушення пам'яті та уваги, порушення сну, особистісні зміни, прагнення до усамітнення. Приємнішими є контакти з тваринами і природою, ніж з людьми. Заключна стадія – повне згорання, яке часто переростає в повну відразу до всього на світі. Стадія може тривати від десяти до двадцяти років.

Для синдрому вигорання характерні п'ять ключових груп симптомів.

1. Фізичні симптоми (фізична втома, виснаження; зміна ваги; безсоння; поганий загальний стан здоров'я, неритмічне дихання, нудота, запаморочення тощо; підвищення артеріального тиску; виразки й запальні захворювання шкіри; хвороби серцево-судинної системи).

2. Емоційні симптоми (брак емоцій; песимізм, цинізм і черствість у роботі й особистому житті; байдужність; відчуття безпорадності і безнадії; агресивність, дратівливість; тривожність, посилення ірраціонального занепокоєння, нездатність зосередитися; депресія, почуття провини; істерія; втрата ідеалів, професійних перспектив; збільшення деперсоналізації; почуття самотності).

3. Поведінкові симптоми: під час навчання з'являється втома; байдужність до харчування; мале фізичне навантаження; виправдання вживання тютюну, алкоголю, ліків; нещасні випадки – падіння, травми, аварії тощо; імпульсивна емоційна поведінка.

4. Інтелектуальні симптоми (зниження інтересу до нових теорій та ідей у навчанні, до альтернативних підходів у вирішенні проблем; нудьга, туга, апатія, втрата інтересу до життя; більша схильність до шаблону, ніж до творчого підходу; байдужність до нововведень; мала участь чи відмова від участі в розвиваючих експериментах; формальне виконання роботи).

5. Соціальні симптоми (низька соціальна активність; зниження інтересу до дозвілля, захоплень; обмеження соціальних контактів; відчуття ізоляції, нерозуміння інших; відчуття браку підтримки з боку родини, друзів, колег.

Отже, синдром емоційного вигорання характеризується поєднанням симптомів порушення у психічній, соматичній і соціальній сферах життя. Проте, найпоширенішою класифікацією симптомів є їх поділ на три основні групи: психофізичні, соціально-психологічні і поведінкові.

До психофізичних (психосоматичних) симптомів професійного вигорання відносяться:відчуття ***постійної втоми***, яка не проходить, не тільки вечорами, але і вранці, відразу після сну (симптом хронічної втоми); відчуття емоційного і фізичного ***виснаження***; ***зниження сприйнятливості*** і реактивності на зміни зовнішнього середовища (відсутність реакції цікавості на чинник новизни або реакції страху на небезпечну ситуацію); ***загальна астенізація*** (слабкість, зниження активності і енергії, погіршення біохімії крові і гормональних показників); часті безпричинні ***головні болі***; постійні розлади шлунково-кишкового тракту; різка втрата або різке ***збільшення ваги***; повне або часткове

безсоння (швидке засипання і відсутність сну рано вранці, починаючи з 4 години ранку або, навпаки, нездатність заснути увечері до 2-3 години ночі і «важке» пробудження вранці, коли потрібно вставати на роботу); постійний загальмований, ***сонливий стан*** і бажання спати протягом всього дня; задуха або порушення дихання при фізичному або емоційному навантаженні; помітне ***зниження*** зовнішньої і внутрішньої ***сенсорної чутливості***: ***погіршення зору, слуху, нюху і дотику***, втрата внутрішніх, тілесних відчуттів; професійне вигорання є однією з причин ***зниження тривалості життя*** на Україні, особливо у чоловіків.

До <u>соціально-психологічних симптомів</u> професійного вигорання відносяться: байдужість, нудьга, пасивність і депресія (знижений емоційний тонус, відчуття ***пригніченості***); підвищена ***дратівливість*** на незначні, дрібні події; часті нервові «зриви» (спалахи невмотивованого гніву або відмова від спілкування, «відхід в себе»); постійне переживання ***негативних емоцій***, для яких в зовнішній ситуації причин немає (відчуття провини, образи, підозрілості, сорому, скутості); відчуття неусвідомленого неспокою і підвищеної ***тривожності*** (відчуття, що «щось не так, як треба»); відчуття ***гіпервідповідальності*** і постійне відчуття ***страху***, що «не вийде» або людина «не справиться»; загальна ***негативна установка на*** життєві і професійні ***перспективи***.

До <u>поведінкових симптомів</u> професійного вигорання відносяться наступні вчинки і форми поведінки: відчуття ***важкості роботи***; ***зміна робочого реж***иму дня; працівник постійно ***бере роботу додому***, але удома її не робить; ***відмова від ухвалення рішень***; відчуття ***даремності, невіра в поліпшення***, зниження ентузіазму по відношенню до роботи, ***байдужість*** до результатів; невиконання важливих, пріоритетних завдань і «застрявання» на дрібних деталях; не відповідна службовим вимогам витрата більшої частини робочого часу неусвідомлюване виконання автоматичних і елементарних дій; ***дистанційованість*** від співробітників і клієнтів, ***підвищення неадекватної критичності***; ***зловживання алкоголем***, різке зростання викурених за день сигарет, ***застосування наркотичних засобів***.

Отже, емоційне вигорання – це комбінація низки взаємопов'язаних між собою симптомів. Симптоми, які включає синдром емоційного вигорання, всі не проявляються одночасно, оскільки існують індивідуальні варіації і індивідуальна ситуація професійного розвитку може посилювати або згладжувати їх вплив.

Професійне вигоряння є кризою особистості, спрямованим на конкретну проблему, в даному випадку – на неможливість втілення мотиву в дії. Лікар – це професія, в основі якої лежить цінність людського буття. У своїй роботі лікар повинен дотримуватися принципів гуманізму, бути готовим у будь-якій ситуації, а іноді й на шкоду собі, надавати допомогу. При вигорянні медичний працівник в значній мірі втрачає можливість співчуття та співучасті по відношенню до своїх пацієнтів.

У сучасному суспільстві при відсутності у більшості населення мотивації на «здоров'язберігаючу» поведінку відзначається збільшення очікувань і запитів пацієнтів при зменшенні ресурсних можливостей системи охорони здоров'я. Лікарі та психологічні консультанти так само, як їхні пацієнти, схильні до впливу соціальних факторів. Якщо у лікаря існує незадоволеність життям, то він мимоволі проектує свої «нещастя» на пацієнта, що в кінцевому результаті знову відбивається на психологічному здоров'ї лікаря. Лікарі зазнають тих самих соціальних страхів, що і всі люди: страх критики, бути знехтуваним, опинитися в центрі уваги, бути неповноцінним, боязнь нових ситуацій, страх пред'являти претензії, відмовляти у вимогах, сказати «ні». Інтенсивність особистісних стресів мікросоціального генезу у кожної людини протягом кожних наступних 5 років життя зростає приблизно в 2 рази, а інтенсивність соціалізованих стресів макросоціального походження (несприятливі події в світі, країні, макроколективі) зростає в 2 рази щорічно в нестабільних країнах, до яких можна віднести і Україна.

Оцінюючи роль особистості в профілактиці і терапії вигоряння, слід звернутися до її класичного визначення і ключових ознак. Відповідно, особистість – це форма існування психіки людини, яка являє собою цілісність, здатну до саморозвитку, самовизначення, свідомої предметної діяльності і саморегуляції та має свій унікальний і неповторний внутрішній світ. Її змістовними (ключо-

вими) ознаками є цілісність, унікальність, активність, вираження, відкритість, саморозвиток і саморегуляція.

Генетико-моделюючий метод пояснює особливості взаємодії біологічного і соціального в існуванні особистості. Свідомість (соціальне в особистості) охоплює цілепокладання, відповідь на соціальні відносини, оперування набутим досвідом, вольову саморегуляцію. Це дозволяє людині бути адаптованою до суспільства (норма) або пристосуватися аж до проявів конформізму і втрати ідентичності (можливо, вигоряння).

Проте, в певний момент існування кількість накопиченої і усвідомленої інформації стає «критичною» і відбувається реактивація – на поверхню в активованому стані виходить несвідома (біологічна) частина, яка характеризується наявністю потужних креативних інтенцій потреби і одночасно високою чутливістю до інтуїтивним подразників не соціально-адаптованого ґенезу. Фактично домінує біологічна складова потреби, але в контакті з соціальним оточенням людина засвоює принципово інший (не структурований, не підготовлений заздалегідь) досвід, який змінює загальний обсяг досвіду (психологічно) і психосоматичних відображається в морфофізіологічних структурах (біологічне стає соціальним). Високий рівень прояву креативності є інший характеристикою цього періоду, коли людина найменш адаптований до соціального оточення, прагне до самоти, може виявляти несподівані і невластиві йому риси й особливості поведінки. Період завершується певним насиченням біологічної складової потреби (несвідомого), зворотним поворотом і новим входженням в адаптивні усвідомлювані відносини з суспільством. Ми вважаємо, що така зміна позицій свідомого і несвідомого у відношенні оточення життя людини приводить до взаємозбагаченню цих модулів існування, забезпечуючи в цілому зростання особистості.

Успішній профілактиці професійного вигорання сприяє наявність в повному обсязі ознак розвитку особистості, а саме:

- відсутність догматичності, тобто жорсткої віднесеності до заздалегідь певного масштабу, критерію, зразку, еталону;
- наступність, тобто обумовленість попередніми стадіями розвитку;

- цілісність, коли система особистості розвивається в цілому і це випереджає розвиток окремих її частин;
- універсальність розвитку людських потенцій, яке є самоціллю.

Адекватна за часом і глибиною взаємодія біологічного і соціального в існуванні особистості забезпечує її безперервний розвиток, слугує потужним предиктором професійного вигорання і дієвим механізмом редукції його симптоматики.

У системі менеджменту синдрому вигоряння існує два етапи. Перший – діагностичний – включає в себе оцінку факторів ризику вигоряння, його психологічну та клінічну діагностику. Залежно від наявності або відсутності факторів ризику та симптомів вигорання у медичного персоналу проводяться адекватні профілактичні заходи на рівні соціуму, колективу і особистості.

Виділяються такі рівні лікувально-профілактичних заходів щодо вигоряння:

- МАКРОРІВЕНЬ – суспільство (організаційний і соціально-економічний);
- МЕЗОРІВЕНЬ – колектив (професійне середовище);
- МІКРОРІВЕНЬ – особистість (психокорекція та психотерапія; фармакотерапія; альтернативні методи (аромо-, бібліо-, бальнео-, рефлексотерапію і т. п.).

Практика показала, що на МАКРОРІВНІ соціально-організаційні чинники можуть виступати потужними превентора синдрому вигоряння. До них відносяться: політико-економічна стабільність з адекватною оплатою праці; «прозорість» і суворе дотримання трудового законодавства; вдосконалення правової бази, яка регламентує роботу; якісне проведення профілактичних медичних оглядів; впровадження страхування ризиків виробничої практики, проведення в централізованому порядку освітніх семінарів і тренінгів вигоряння.

На МЕЗОРІВНІ гігієна виробничих відносин включає не тільки раціональну організацію робочого часу з жорстким контролем дотримання режимів праці та відпочинку, і, що більш важливо, активну соціальну підтримку з підвищенням професійної мотивації шляхом встановлення балансу між затраченими зусиллями і оде-

ржуваною винагородою, а також створення умов для зняття робочої напруги і підтримки соматичного здоров'я.

МІКРОРІВЕНЬ – особистісний рівень профілактики (в груповому та індивідуальному варіантах) націлений на купірування стресових станів, що виникають у зв'язку з напруженою діяльністю, формування навичок саморегуляції, навчання методикам розслаблення і контролю власного фізичного і психічного стану, підвищення стресостійкості. Одним з методів профілактики даного синдрому є психологічне консультування і при необхідності-психокорекція. При цьому можуть здійснюватися: корекція негативних стереотипів буденної свідомості і неадекватних механізмів психологічного захисту, а також – формування професійної мотивації і адаптивних механізмів саморегуляції. Отже, необхідно повсюдне впровадження в систему медико-психологічного менеджменту програм групового навчання й особистого коучингу для зменшення ймовірності того, що процес вигоряння вийде з-під контролю.

Формалізована структура змісту теми

Запитання для самостійної роботи

1. Рубрифікація порушень психологічного здоров'я за МКХ-10.
2. Соціальна адаптація та дезадаптація, вплив на психологічне здоров'я.
3. Професійна деформація.
4. Синдром вигоряння
5. Симптоми і ознаки, що відносяться до емоційного стану
6. Симптоми і ознаки, що відносяться до зовнішнього вигляду і поведінки
7. Інші порушення психологічного здоров'я
8. Соціальна адаптація.

Альтернативно-тестові завдання для самоконтролю

1. Дайте найбільш аргументоване визначення поняттю «соціально-психологічний клімат"?

a- Продукт практичних взаємовідносин

b- Відносини між керівником і членами колективу

c- Результат взаємовідносин людей в процесі їх соціальної діяльності

d- Прояв емоцій людини в поведінці, засобах спілкування

e- Результат міжособистісних відносин в колективі

2. Що розуміється під психічною напруженістю особистості в колективі?

a- Психічний стан, що виникає під впливом несприятливих умов життя

b- Психічний стан, обумовлений оцінкою несприятливого для суб'єкта розвитку подій

c- Стан людини, що супроводжується почуттям тривоги, страху

d- Замкнена форма внутрішньоособистого конфлікту

e- Наслідки несприятливих відносин між членами груп

3. Дайте визначення поняттю «конфлікт"

a- Розбіжність різних інтересів опонентів

b- Боротьба міжособистісних інтересів

c- Відстоювання власних позицій

d- Несумісність інтересів різних осіб усередині соціальних груп

e- Зіткнення протилежно спрямованих цілей, позицій, інтересів різних суб'єктів взаємодії

4. Назвіть основу міжособистісних відносин

a- Службові контакти між людьми

b- Психологічний контакт між людьми з метою взаєморозуміння

c- Комунікація

d- Обмін думками під час наради

e- Обмін інформацією

5. Поняття «етика» – це елемент

a- мислення людини

b- моральних норм особистості

c- філософської науки

d- культури особистості

e- поведінки індивіда

6. Виберіть найбільш вірне визначення поняттю «совість"?

a- Моральна оцінка поведінки людини

b- Самоконтроль людиною своєї поведінки з урахуванням певних норм

c- Самоконтроль поведінки особою з точки зору норм суспільства, в якому він живе

d- Моральна оцінка та самоконтроль своєї поведінки з точки зору моралі суспільства, в якому знаходиться людина

e- Почуття відповідальності за поведінку

7. Дайте найбільш аргументоване визначення поняттю «синдром вигорання"?

a- Порушення продуктивності в роботі, втома

b- Підвищена схильність до соматичних захворювань

c- Фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження

d- Безсоння з думками про роботу

e- Вживанням алкоголю або інших психоактивних речовин після роботи

8. Що не відноситься до порушень психологічного здоров'я, що містять у своїй основі ворожість і агресивність?

a- Дивна та нез'ясовна поведінка

b- Залишення без уваги або занедбаність

c- Психологічна жорстокість

d- Фізична жорстокість

e- Синдром жорстокої поведінки

9. Що не відноситься до порушень психологічного здоров'я в емоційній сфері?

a- Занепокоєння і збудження

b- Надмірна активність

c- Дратівливість і озлоблення

d- Ворожість Несумісність інтересів різних осіб усередині соціальних груп

e- Стан тривоги у зв'язку з невдачами і нещастями

10. Якої моделі синдрому вигорання не існує?

a- Однофакторної

b- Двофакторної

c- Трьохфакторної

d- Чотирьохфакторної

e- П'ятифакторної

Завдання та проблемні ситуації

1.Який зв'язок психологічного здоров'я людини зі впливом оточуючого середовища?

2.Чим відрізняються порушення психологічного та психічного здоров'я ?

3.Сучасні тенденції щодо оцінювання порушень психологічного здоров'я

4.Провести рольову гру –виявлення чинників синдрому вигорання у студентів-медиків.

Література

Основна:

1. Емоційне вигорання. – Упоряд.: В.Дудяк – К.: Главник 2007.
2. Загальна психологія. Зазагальною редакцією академіка С.Д.Максименка. Підручник. – 2-ге вид., переробл. і доп. – Вінниця: Нова Книга, 2004. – 704 с.
3. Максименко С.Д. Проблема виртуальной зависимости у подростков,Психология и психиатрия, Белоруссия: 2020. Випуск 2 (том11) – С.256-267.
4. Максименко С.Д. Психологічні особливості розуміння студентами Інтернет-текстів, Psicholinguistics.–2020. – Vol. 28(1),– P. 95-105.
5. Максименко К. С. Переживання негативних психічних станів особистістю : метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / К. С. Максименко. – К. : КММ, 2011. – 184 с.
6. Максименко С. Д. Генезис существования личности: монография/ С. Д. Максименко. – К.: ООО «КММ», 2006. – 240 с.
7. Максименко С.Д. Генезис здіснення особистості. – К.: Видавництво ТОВ «КММ», 2006. –. 240 с.
8. Максименко С.Д., Максименко К.С.. Папуча М.В. Психологія особистості: Підручник. – К.: ТОВ «КММ», 2007. – 296с.
9. Медична психологія / За редакцією академіка С. Д. Максименка. Підручник. – Вінниця: Нова Книга, 2008 – 520 с.
10. Общая психология / Под ред. С. Д. Максименко. – М.: Рефл-бук; К.: Ваклер, 1999.
11. Основи загальної психології / За ред. С. Д. Максименка. – К.: НПЦ «Перспектива», 1998.
12. Охорона психічного здоров'я у світі: Проблеми та пріоритети в країнах, що розвиваються / Р. Дежарлє, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман: Пер.з англ. – К.: Сфера, 2001. – 575 с.
13. Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование профилактика, коррекция. – К.: Сфера, 2004. – 272 с.

Додаткова:

1. Грушко В.С. Основи здорового способу життя: Навчальний посібник з курсу «Валеологія». – Тернопіль: СМП «Астон», 1999. – 368 с.

2. Кулик С.М. Психологічні проблеми професійної адаптації вчителів // Актуальні проблеми психології. Том 1.: Соціальна психологія. Психологія управління. Організаційна психологія / За ред. Максименка С.Д., Карамушки Л.М. – К.: Інститут психології ім. Г.С.Костюка АПН України, 2001. – Ч. 2. – С 201-204.

3. Телле Р. Психиатрия с элементами психотерапии. – Минск, 1999.

4. Шапар В.Б. Психологічний тлумачний словник. – Х.: Прапор, 2004. – 640 с.

1.4 Організаційно-методичні засади психології здоров'я людини

КЛЮЧОВІ ПОНЯТТЯ ТЕМИ: духовність, мораль, здоровий спосіб життя, нормативні документи, запобігання девіантної поведінки молоді, Державні програми МОЗ України.

Проголошення волею народу незалежності України призвело до радикальних змін в суспільстві, які суттєво позначились на становищі культури. Склалася нова соціальна і культурна ситуація, породжуючи нову соціокультурну реальність. Радикальне реформування суспільства активно формує нову культурну реальність, яка характеризується й новими відносинами між людьми в цілому (як суб'єктами культури), новими умовами (в тому числі й матеріальними) свого розвитку, особливою системою цінностей, норм і правил, культурних потреб і засобів їх задоволення. Коли ці норми та правила перетворюються на внутрішню програму поведінки людини (особистості), вони забезпечують узгодження функціонування, сталість і надійність певної сфери соціуму.

Навальна, агресивна пропаганда західних цінностей в їх не кращих зразках певною мірою почала деформувати ще не усталену систему національних цінностей, робити привабливим для молоді «героїв» західного світу, часто чужих нашій моралі і нашому менталітету, що починає викликати протест громадськості, особливо інтелігенції.

Сучасні умови життєдіяльності людини пов'язані з рядом особливостей, які ставлять високі вимоги до індивідуально-психологічних властивостей і психічних функцій організму. В умовах трансформації українського суспільства особливої значущості набувають питання формування самодостатньої, цілісної та внутрішньо гармонійної особистості, однак на тлі суспільних негараздів, нестабільності повсякденних умов життя та труднощів пристосування до них, що є. складним завданням. Сучасний світ через свою динамічність та суперечливість створює різноманітні проблеми для людини і владно втручається в її особистісний простір. Соціальний та технологічний прогрес спричинює зростання негативного впливу на особистість різних чинників: збільшення повсякденних фізичних та психологічних навантажень; загострення почуттів страху, невизначеності, невпевненості, розгубленості, розчарування, тощо. У зв'язку з ускладненням проблеми вибору духовних цінностей і покращенням орієнтації українського суспільства у їх світі посилюється потреба в новому просвітництві, розвитку альтернативних форм освіти, в оновленні всієї системи виховання, які повинні відповідати потребам оновлення суспільства.

1.4.1 Основні напрямки розвитку духовності, захисту моралі та формування здорового способу життя громадян України

Питання розвитку духовності, захисту моралі та формування здорового способу життя громадян є одним з основних завдань, які стоять перед державою, котра прагне розвиватись та перебувати на високому культурному рівні в майбутньому

Духовність як триєдиний синтетичний смисл (істина – добро – краса) об'єктивується у зовнішні форми. Істина об'єктивується в філософію, науку; добро – в мораль, краса – в мистецтво. На основі аналізу філософської та науково-психологічної літератури можна дійти висновку, що під поняттям «психічне здоров'я» слід розуміти таке функціонування його психіки, яке забезпечує гармонійну взаємодію з навколишнім світом, суспільством, його класами, соціальними групами, адекватність поведінки, ефективність навчальної, професійної, побутової діяльності та здійснення особистісного розвитку. **Духовність** – це втілення в світоглядних

орієнтаціях людини сподівань, прагнень, ідеалів, духу народу, нації, що визначає спрямованість особистісних потреб, бажань і зумовлює настанову на відповідний життєвий вибір. Це осмислення людиною гуманістичного сенсу мети людської життєдіяльності. Розвиток духовних цінностей і є важливим чинником збереження психічного здоров'я людини.

За ініціативою Міністерства освіти України було створено кілька основоположних документів та прийнято ряд постанов і програм. Насамперед виділимо такі: міжгалузеву перспективну програму «Освіта XXI ст.», «Засади гуманітарної освіти в Україні», концепція «Основи національного виховання», «Українознавство в системі освіти». Обговорюються громадськістю проекти програм «Національна комплексна програма естетичного виховання», «Дозвілля і молодь».

В українському суспільстві все більше усвідомлюється загальна потреба в **культурі** як підоймі, що здатна вплинути на поступ суспільства в цілому. Культура все ґрунтовніше починає розумітись як найважливіший здобуток нації, її достоїнство і сутність, бо культура – це те, що зберігає й утверджує не тільки особистісне, але й національне існування. Перспективність розвитку української культури залежить від готовності її представників до культурної активності, яка в значній мірі залежить від стану їхнього менталітету. У ньому як характерну рису українця багато дослідників називають комплекс меншовартості, втрату національної гідності. Отже майбутнє української культури залежить в першу чергу саме від культурної свідомості українців. Комплексну роботу, спрямовану на виховання культури громадян, провадила Всеукраїнська координаційна рада з питань розвитку духовності, захисту моралі та формування здорового способу життя, створена у 1999 р. Кабінетом Міністрів України. Відповідні ради діяли в Автономній Республіці Крим, обласних, Київській та Севастопольській державних адміністраціях.

Обстановка у суспільстві зумовлюється також **рисами характеру, темпераменту та поведінкою особистості.** Адже саме особистості працездатного віку створюють матеріальні та духовні цінності, беруть участь у суспільному житті, покликані виховувати підро-

стаюче покоління. Існують різні визначення поняття «**особистість**». Перше – загальновизнане, що означає: а) стабільну систему соціально-значущих рис, які характеризують індивідуума як члена того чи іншого суспільства чи спільноти; б) індивідуального носія рис як вільного і відповідального суб'єкта свідомої вольової діяльності.

По-друге, це – тлумачення терміну «**особистість**» з урахуванням сутності предмету певних гуманітарних дисциплін. Проблема особистості у філософії – це, насамперед, з'ясування того, яке місце займає людина у світі, ким вона фактично є і ким може стати, які критерії та межі цього вільного вибору і соціальної відповідальності. У загальній психології під особистістю розуміється деяке ядро, що інтегрує її підвалини, пов'язує у єдине ціле різні психічні процеси індивідуума та надає його поведінці необхідної послідовності та стабільності. Соціологи вважають, що поняття «особистість» втілює не лише індивідуальні риси людини, а, скоріше, ту соціальну систему, у яку людина включена, і містить ті соціальні функції, ролі, які вона у ній виконує.

У **психоісторичній теорії врівноваженого біопсихосоціогенезу** (взаємопов'язаного та взаємозумовленого розвитку людини і суспільства) поняття «особистість» також не розглядається окремо від поняття «суспільства». Згідно до її методологічних настанов, у ту чи іншу психоісторичну епоху або період, співіснують домінантні і рецесивні типи особи і суспільства, які заміщують один одного у певній послідовності. Індивідуальні особливості кожної особистості проявляються в межах вказаної закономірності. Досвід свідчить, що соціальна поведінка детермінується не лише сучасним станом людини, але й її минулим життєвим досвідом, а також характером засвоєних нею культурних цінностей, у яких акумульована попередня історія людства. Кожний індивід як особистість – це продукт не лише суспільних відносин, а й усієї попередньої історії, а також свого власного розвитку та самосвідомості.

Особистість – це не просто узагальнене поняття. Її розглядають за статтю, етнічною належністю, віковими ознаками, майновим станом, місцем помешкання, освітою тощо. Дії особистості віддзеркалюють певні моральні устої. Адже моральність є одним з головних засобів

нормативної регуляції дій людини у суспільстві, особливою формою громадської свідомості та проявом суспільних відносин.

Мораль – частина психічної структури особистості (моральні устої – відповідник моралі на суспільному рівні), яка забезпечує ціннісну оцінку явищ у неусвідомлюваний для індивіда спосіб. Принципи моралі підтримують і санкціонують певні суспільні устої, спосіб життя і форми спілкування. Мораль відображає цілісну систему поглядів на соціальне життя, які втілюють у собі те чи інше розуміння сутності («призначення», «мети») психоісторії людини та суспільства. З огляду на це, вагомою є роль свідомості у сфері моральної регуляції. Важливу роль відіграє індивідуальна свідомість (особисті переконання, мотиви та самооцінки), які дозволяють людині самій контролювати, внутрішньо мотивувати свої дії, самостійно давати їх обґрунтування, визначати свою лінію поведінки у межах колективу чи групи.

Здоровий спосіб життя – це складові людської діяльності, що стосуються збереження і зміцнення здоров'я, все, що сприяє виконанню людиною своїх людських функцій через діяльність з оздоровлення умов життя – праці, відпочинку, побуту. Здоровий спосіб життя визначається свідомістю людини, точніше – її самосвідомістю в широкому розумінні слова. Здоровий спосіб життя – це перш за все, культурний спосіб життя. Основним змістом даного феномену є турбота про фізичне, психічне і соціальне здоров'я як найвищої цінності.

Формування здорового способу життя є однією з найактуальніших проблем сучасності. Можна виокремити два підходи в його формуванні. Перший підхід – це боротьба з факторами ризику. Спеціалісти ВООЗ виокремлюють більше 200 факторів ризику, які суттєво впливають на здоров'я людини. На перше місце ставиться гіпокінезія, потім – неправильне харчування і шкідливі звички. Таким чином, **першим підходом в формуванні здорового способу** життя передбачається подолання факторів ризику: низької соціальної і медичної активності, низької загальної і гігієнічної культури, незадоволеності працею, психоемоційного стресу, психологічного дискомфорту, нераціонального харчування, шкідливих звичок, самолікування і т.д. **Другий підхід** – це створення умов, в

яких фактори ризику б не виникали. Зовнішні умови визначаються оздоровленням природного і соціального середовища, покращення матеріальних і побутових умов, формуванням культури населення. Внутрішні умови складає мотиваційна сфера особистості, її ціннісні орієнтації, інтереси, самооцінка, індивідуальні особливості. Формування здорового способу життя має будуватися на загальних освітніх принципах, а також на психологічному підкріпленні поведінки, яка сприяє збереженню здоров'я.

1.4.2. Основні документи держави щодо розвитку духовності

Розбудова суверенної і незалежної, демократичної, соціальної, правової держави потребує активізації зусиль органів виконавчої влади, громадських і релігійних організацій, спрямованих на розвиток духовності, виховання патріотизму та поваги до історичної спадщини українського народу, укорінення в суспільній свідомості загальнолюдських моральних цінностей, виховання соціального оптимізму та впевненості кожного громадянина у своєму майбутньому, формування здорового способу життя.

З метою зміцнення духовних засад суспільства, захисту моралі та посилення виховної роботи серед населення, запобігання негативним процесам у духовній сфері було видано Указ Президента України № 456/99 від 27 квітня 1999 року «Про заходи щодо розвитку духовності, захисту моралі та формування здорового способу життя громадян». В цих документах визначені основні напрями розвитку духовності, захисту моралі та формування здорового способу життя громадян України. Для координації діяльності органів виконавчої влади із здійснення передбачених Основними напрямами заходів було вирішено утворити Всеукраїнську координаційну раду з питань розвитку духовності, захисту моралі та формування здорового способу життя громадян та ради на місцевих рівнях.

Було заплановано розробити національну і регіональні програми патріотичного виховання населення, формування здорового способу життя, розвитку духовності та зміцнення моральних засад суспільства, а також вжити невідкладних заходів щодо запобігання пропаганді

жорстокості, бездуховності, насильства у засобах масової інформації; притягнення до відповідальності осіб, винних у ввезенні в Україну з метою збуту чи розповсюдження, у виготовленні, збуті, розповсюдженні або зберіганні з тією ж метою творів, що пропагують культ насильства і жорстокості, та предметів і продукції порнографічного характеру; упорядкування торгівлі друкованою продукцією еротичного змісту; суворого додержання правил торгівлі тютюновими виробами і алкогольними напоями та вирішення питання про її заборону поблизу закладів освіти і виховання; активізації культурно-просвітницької та виховної роботи серед населення, насамперед серед дітей і підлітків, через відродження національних свят та обрядів, пропаганду кращих духовних надбань українського народу, підтримку та розвиток традицій, спрямованих на зміцнення української родини, виховання любові до рідної землі, формування демократичного світогляду, самосвідомості та національної гідності громадян України.

Всеукраїнська координаційна рада здійснювала керівництво розробкою національної та регіональних програм духовного розвитку суспільства, підготовкою проектів нормативно-правових актів. Вона розробила «Основні напрями розвитку духовності», націлені на: **подолання негативних процесів** у духовній сфері та припинення деформації моральних засад у суспільстві; **забезпечення духовно-морального розвитку** населення України. Відповідно із цим, діяльність органів виконавчої влади, громадських і релігійних організацій орієнтувалась нею на такі аспекти: **утвердження** в масовій свідомості громадян історично притаманних українському народові **високих моральних цінностей**, спрямованих на засвоєння кращих зразків вітчизняної та світової духовної спадщини; сприяння утвердженню соціального оптимізму у світоглядних настановах населення; забезпечення духовно-морального розвитку населення, виховання патріотизму, високої політичної культури та трудової моралі; запобігання негативному впливу на свідомість громадян інформації, яка містить елементи жорстокості, насильства, порнографії, пропагує наркоманію, пияцтво, алкоголізм та тютюнопаління, випадки девіантної та антисоціальної поведінки; впровадження в громадську свідомість переваг здорового способу життя, формування національного культу соціально акти-

вної, фізично здорової та духовно багатої особистості; надання комплексної соціально-психологічної допомоги найменш захищеним верствам населення.

Реалізація вказаних напрямів здійснювалася через: **координацію** зусиль міністерств, інших централізованих і місцевих органів виконавчої влади, на які покладено виховні, інформаційні, освітні та оздоровчі функції, вдосконалення наявної нормативно-правової бази щодо регулювання відносин у цій сфері; **активізацію** роботи громадських і релігійних організацій, закладів освіти і культури з патріотичного виховання населення, пропаганди кращих здобутків українського суспільства, виховання почуття гордості громадян своєю Батьківщиною шляхом створення військово-патріотичних об'єднань, клубів та гуртків за інтересами, молодіжних і дитячих центрів творчості, навчальних та фізкультурно-спортивних закладів і підтримки їх роботи; **пропаганду** кращих здобутків національно-культурної та духовної спадщини, проведення фестивалів та конкурсів для відродження національних свят та обрядів, популяризацію притаманних українському народові сімейних цінностей, формування мережі центрів «Родинний дім»; **забезпечення** організаційних та ідеологічних передумов для впровадження у громадську свідомість переваг здорового способу життя шляхом реалізації цільової програми «Фізичне виховання – здоров'я нації» та цільових програм центрів соціальних служб для молоді; **посилення** науково-методичного та інформаційного забезпечення розвитку духовності і моральності громадян, використання можливостей засобів масової інформації у пропаганді національних і загальнолюдських духовних та моральних цінностей, створення з цією метою культурно-просвітницьких, виховних теле- і радіопрограм для сім'ї, дітей та молоді; **широке залучення** дитячих і молодіжних громадських організацій до соціального становлення дітей і молоді, розвитку духовності та зміцнення моральних засад, виховання трудової моралі, належну підтримку молодіжних бірж праці, студентських та учнівських трудових об'єднань, молодіжних таборів праці та відпочинку; **перегляд** практики організації та проведення культурно-дозвільних заходів з метою посилення просвітницько-виховного впливу на населення; **підвищення рівня контролю** за додержанням вимог законів України щодо розповсюдження кіно-, відеопродукції та друкованих видань з

метою запобігання пропаганді жорстокості, бездуховності, насильства та розпусти; **розроблення та реалізацію серед молоді та неповнолітніх комплексних планів** запобігання девіантній поведінці, антисоціальним проявам, профілактику правопорушень, створення мережі центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді, центрів реабілітації жінок та дівчат, які потерпіли від насильства, запровадження профілактичних центрів соціальних служб для молоді та служб у справах неповнолітніх, розроблення та впровадження системи українських акцій «Антинаркотик», «АнтиСНІД», «Тверезість», «Життя без паління» та інших. Як наслідок, дійсно вдалося дещо знизити шквал аморальної пропаганди у засобах масової інформації, рекламній справі. Проте, не отримавши законодавчої підтримки, робота координаційних рад у центрі та на місцях поступово звелася до періодичних кампаній. Сам Указ Президента № 456/99, згодом втратив свою чинність на підставі Указу Президента N 1071/2001 від 13.11.2001.

1.4.3. Напрямки діяльності органів виконавчої влади, громадських і релігійних організацій, навчальних, культурно-просвітницьких закладів

На загальнонаціональному та місцевому рівнях напрямки діяльності у сфері розвитку духовності, захисту моралі та формування здорового способу життя громадян України можна відобразити наступним чином:

Громадське виховання – формування в молоді громадянської позиції, поваги до традицій, звичаїв, культурної спадщини України. В межах цього напрямку виокремлюються наступні завдання: **сприяти** забезпеченню функціонування української мови як державної в усіх сферах суспільного життя; **здійснювати** заходи, спрямовані на формування в дітей, учнівської та студентської молоді, громадян України поваги до Конституції України та символів держави; **сприяти** діяльності дитячих та молодіжних громадських організацій, спортивних спілок, спрямованих на всебічний розвиток і громадське виховання дітей, учнівської та студентської молоді, громадян України; **забезпечувати** дотримання вимог законодавства України щодо заборони втручання політичних партій,

релігійних та інших організацій у навчально-виховний процес у навчальних закладах.

Сприяння родинно-сімейному вихованню – підвищення ролі сім'ї, родини в житті кожної молодої людини: створення при центрах соціальних служб для молоді консультативних пунктів, батьківських шкіл, центрів сім'ї, сімейних клубів, кризових сімейних центри тощо з метою підготовки молоді до сімейного життя, налагодження сімейних стосунків, виховання культури поведінки в сім'ї, запобігання та подолання стресів і конфліктних ситуацій у сім'ї; організація учнівських та студентських груп волонтерів для надання допомоги людям похилого віку, самотнім та інвалідам.

Трудове виховання: сприяння перекваліфікації, набуттю суміжних професій та отриманню необхідних знань для розвитку малого бізнесу молоді, яка втратила роботу; розширення мережу таборів праці та відпочинку й спортивно-оздоровчих таборів для учнівської та студентської молоді; профорієнтаційна робота в загальноосвітніх навчальних закладах; розширення переліку професій, які здобувають у них учні, з урахуванням потреб регіонального ринку праці.

Художньо-естетичне та моральне виховання – виховання у молодого покоління любові до прекрасного, до мови свого народу, бережливого ставлення до історико-культурної спадщини, формування в молодих людей духовних цінностей українського народу: відновлення проведення свят народної творчості, оглядів та конкурсів за жанрами і видами самодіяльного мистецтва; проведення культурно-виховної роботи серед населення шляхом пропаганди здобутків національної культури і духовної спадщини: надання підтримки та забезпечення розвитку і ефективної діяльності колективів художньої самодіяльності, фольклорних ансамблів та клубів за інтересами в закладах культури; заходів з підготовки та святкування Різдва Христова та інших релігійних свят; створення необхідних умов для розвитку культурної діяльності національних меншин регіону, відродження народних традицій, свят; проведення виставок дитячих малюнків; створення груп лекторів з питань національної та світової культури, духовного розвитку людини та суспільства;

Формування здорового способу життя – формування навичок здорового способу життя, зміцнення та збереження здоров'я молодих жителів країни: забезпечення виконання програми «Фізичне виховання – здоров'я нації»; пропаганда кращого досвіду фізичного виховання учнівської молоді та формування здорового способу життя; поширення у засобах масової інформації пропаганди формування здорового способу життя та профілактики захворювань; організація, підготовка та проведення заходів щодо Всесвітнього дня здоров'я; обласних конкурсів на кращу агітбригаду серед учнів шкіл під девізом «За здоровий спосіб життя»; постійно діючих семінарів для хворих, які знаходяться на стаціонарному лікуванні з проблем профілактики захворювань та пропаганди здорового способу життя; аналіз питання про введення курсу валеології у школах, ПТУ та вузах; створення груп спеціалістів щодо підготовки педагогічних кадрів для викладання валеології в учбових закладах та методичний центр для організації поширення кращого досвіду; проведення семінарів з директорами шкіл, ПТУ та вузів з питань організації санітарно-профілактичної роботи в учбових закладах; у школах та ПТУ впроваджувати активні форми санітарно-профілактичної роботи, диспути, семінари, зустрічі, «круглі столи», орієнтаційно-рольові ігри, написання творів, рефератів, створення молодіжних клубів здорового способу життя та шкіл «Позитивної поведінки»; пропаганда здорового способу життя у літніх оздоровчих закладах.

Превентивне та правове виховання – профілактика правопорушень та соціальна реабілітація молоді в суспільстві: пропаганда досвіду діяльності середніх навчальних закладів з питань правової освіти та виховання учнівської та студентської молоді; здійснення заходів щодо профілактики дитячої бездоглядності та правопорушень, правової й психологічної підтримки дітей та молоді, які потрапили в складні соціальні умови; інформаційних компаній для запобігання протиправній поведінці, наркоманії, алкоголізму, захворюванню на ВІЛ/СНІД та хвороби, що передаються статевим шляхом; виявлення осіб, які мають схильність до зловживання горілчаних напоїв, своєчасно залучати їх до ліку-

вання від алкоголізму; створення умов для тимчасового працевлаштування в установленому порядку учнівської та студентської молоді під час канікул, а також для організації громадських робіт за її участю, функціонування таборів праці та відпочинку, інших трудових об'єднань; запровадження кращого національного та зарубіжного досвіду роботи з профілактики бездоглядності та правопорушень серед дітей і молоді, їх соціальної реабілітації в суспільстві; активізація роботи з функціонально неспроможними сім'ями, у яких батьки хворі на алкоголізм, наркоманію, недієздатні, мають антисоціальну поведінку, з метою виявлення дітей, що перебувають в особливо складних економічних і морально-психологічних умовах.

Екологічне виховання – підвищення рівня екологічної свідомості молоді.

Національне виховання – формування та утвердження світоглядних засад патріотизму і державотворення.

Військово-патріотичне виховання – підвищення рівня інформованості учнівської та студентської молоді про героїчне минуле українського народу, Подільського краю, міста, в якому ми живемо, виховання шанобливого ставлення до ветеранів Великої вітчизняної війни.

Соціалізація особистості та спрямування її творчому розвитку. Вживати заходи щодо запровадження і активізації роботи учнівського та студентського самоврядування. Проводити навчання молодіжних лідерів. Організувати службу соціологічного моніторингу, залучивши до співпраці студентів та викладачів вищих учбових закладів.

Створення позитивного інформаційного простору. Забезпечити широке висвітлення змісту та ходу реалізації цієї програми в засобах масової інформації. Організувати науково-популярні, навчально-виховні радіо- і телепередачі для дітей, юнацтва з проблем виховання та навчання. Запровадити постійно діючі рубрики в газетах та журналах з порадами для батьків та дітей з актуальних проблем виховання. Вжити заходи по запобіганню пропаганди насильства, жорстокості та порнографії через засоби масової інформації. Сприяти поповненню фондів дитячих та

масових бібліотек за рахунок видань, випущених на виконання Національної програми випуску суспільно необхідних видань. Посилити контроль за діяльністю відеопрокатних пунктів, торговельної мережі, що займаються продажем, прокатом відеокасет, а також кінотеатрів, каналів ефірного та кабельного телебачення, забезпечувати дотримання квоти на пріоритетне демонстрування національної кіно- і відеопродукції.

Наукова та експериментальна робота. Проводити науково-дослідну роботу за напрямками виховання, визначеними Концепцією виховання дітей та молоді в національній системі освіти. Сприяти організації експериментальних педагогічних майданчиків для проведення виховної роботи. Систематично проводити науково-практичні, науково-методичні конференції, семінари, «круглі столи», дискусії.

В результаті виконання цих напрямків діяльності мають бути створені умови для реалізації творчого потенціалу молодого населення, спрямування його на духовний, моральний, фізичний розвиток та самовдосконалення особистості, зростання рівня культури міжнаціональних відносин громадян, поліпшення роботи з вивчення та засвоєння духовних надбань національної і світової культури. Показником ефективності програми може виступити формування у дітей та молоді здорового способу життя, розвитку духовності та зміцнення моральних засад суспільства, підвищення активності молоді в суспільно-громадському житті міста; культури поведінки; рівня стабільності молодих сімей, збільшення кількості молодих громадян міста, охоплених різними видами творчої, культурно-освітньої, військово-патріотичної та фізкультурно-масової роботи.

Очікуваним результатом може бути підвищення рівня вихованості молодого населення, його готовності до праці та військової служби, який визначається шляхом зниження рівня правопорушень та злочинів, скоєних неповнолітніми та молодими людьми, вживання наркотиків та тютюнопаління, захворюваності молоді та школярів, бездоглядності та сирітства.

1.4.4. Основні програми запропоновані для запобігання девіантної поведінки молоді

Девіантна поведінка – поведінка що відхиляється від норми. Відповідно до досліджень цієї проблеми, вплив соціальних умов життя дитини на психологічні особливості, виявляється в тих чи інших формах поведінкових розладів. Серед таких розладів варто розрізняти вікові девіації, зв'язані з особистісним розвитком у підлітковий період, і девіантна поведінка, коли вона суперечить соціально-культурним нормам, але не виходить за рамки сімейних взаємодій чи шкільної дезадаптації, тобто не має асоціальної спрямованості. При поглибленні девіацій, а також коли поведінкові розлади починають приймати антигромадський характер і відображати активну деструктивну спрямованість, що становить погрозу для людей і порушення правових норм, говорять про делінквентну поведінку. **Девіантна поведінка підрозділяється на дві групи:** *поведінка, що відхиляється від норм психічного здоров'я*, тобто наявність у людини явної або схованої психопатології; *поведінка, що відхиляється від моральних норм людського гуртожитку* і, що виявляється в різних формах соціальної патології – пияцтві, наркоманії, проституції та інше. Подібний вид девіантної поведінки виражається у формі провин або злочинів. Якщо ці провини незначні і не приносять великої шкоди суспільним відносинам, то особи, що їх скоїли піддаються покаранням трудового чи адміністративного права. Перехід у «доросле життя» супроводжується бурхливою перебудовою психіки: перебудовуються такі важливі психічні процеси, як мислення, відчуття, сприйняття; змінюється світ емоцій і відчувань, йде інтенсивне формування і закріплення наявних і нових рис характеру, повною мірою виявляються риси темпераменту, здібності, задатки і т.д. Відхилення в поведінці молодої людини – це результат педагогічної занедбаності і несприятливого навколишнього середовища. І як результат – реакції протесту, непокора, брутальність, відхід з будинку через образу.

В основі девіантної поведінки лежить насамперед соціальна нерівність. Це знаходить вираження в низькому, часом злидарському

рівні життя більшої частини населення й у першу чергу молоді; у розшаруванні суспільства на багатих і бідних; у труднощах, що встають перед молодими людьми при спробі самореалізації й одержання суспільного визнання; в обмеженні соціальне прийнятних способів одержання високого заробітку для молоді. Морально-етичний фактор девіантної поведінки виражається в низькому моральному рівні суспільства, бездуховності, і відчуженні особистості. В умовах, коли економічне життя суспільства нагадує не ринок, а базар, де усе продається і купується, торгівля робочою силою, здібностями і навіть тілом стає рядовою подією. Морально-етична деградація і падіння нравів знаходять вираження в масовій алкоголізації і бродяжництві, вибуху насильства і правопорушення.

Боротьба з девіантною поведінкою є одним з важливих напрямків діяльності органів державної влади. Існує багато державних програм, направлених на профілактику девіацій. Однак чіткий, системний підхід держави до вирішення цього питання не розроблений до цих пір.

Алкоголізм. Досить часто зустрічається такий вид девіантної поведінки, як алкоголізм. Він характеризується тим, що виникає звикання, а надалі психічна і фізіологічна залежність від етилового алкоголю. Розрізняють алкоголізм побутовий, при якому мається звикання до алкоголю, але питуща людина здатна контролювати кількість напою і навіть тимчасово припинити його вживання в невідповідних для випивки ситуаціях, і алкоголізм хронічний, при якому відзначені вище можливості втрачаються. У цих випадках міняється стійкість до алкоголю. Причини алкоголізму містять у собі, як мінімум, два фактори: з одного боку, це особливості особистості, що привертають, (конформні, незрілі, залежні, що вселяються, схильні до наслідування психопатичні особистості і невротики, з іншого боку – звичай вживати алкоголь у визначеному суспільстві, групі, середовищі і головним чином – у родині. Велике значення має вік, у якому людина почала вживати алкоголь: у молодому віці легше виникає звичка до випивки і виникає залежність від алкоголю.

Нажаль, боротьба з алкоголізмом в Україні носить переважно популістський характер. За роки незалежності в нашій державі

популярно висловлювати гасла про боротьбу з алкоголізмом, але всі загальнодержавні заходи зводяться до ситуативного підвищення акцизних зборів на алкоголь та тютюнову продукцію та обмеження реклами цих продуктів. В 2005 році Верховна рада України прийняла постанову «Про прийняття за основу проекту Закону України про основні засади державної політики запобігання алкоголізму в Україні», але на сьогоднішній день закон так і не прийнято. Незначним чином ситуацію виправляють рішення місцевих рад, що стосуються боротьби з пияцтвом, просвітницька діяльність медичних, громадських організацій та інших установ. В вересні 2010 р. було видано розпорядження Кабінету Міністрів України № 1911-р «Про схвалення Концепції Державної програми профілактики правопорушень на період до 2015 року», в якому зокрема йдеться про вирішення питання лікування алкоголізму та вчинення правопорушень в стані алкогольного сп'яніння.

Наркоманія. В останні роки в країні зростає кількість девіантних відхилень у поведінці людей таке трагічне захоплення і наступна хвороблива пристрасть, як наркоманія. Потяг до наркотиків виникає дуже швидко, в окремих випадках навіть після разового вживання. Найважливішою ознакою, що вказує на вживання наркотиків, є абстинентний синдром. Навіть дуже сильні і терплячі люди з працею переносять його, настільки інтенсивний біль (можуть викликати спроби самогубства). Абстинентний синдром проявляється тоді, коли організм людини вже не може нормально функціонувати без наркотичних засобів. Ця залежність настільки велика, що без наркотику в окремих випадках настає смерть. На відміну від наркотичного сп'яніння абстиненція тим яскравіше виражена, чим більше стаж прийому наркотиків, її прояви зв'язані з розладами психіки.

На щастя, боротьба з наркоманією досягає більших успіхів. Законодавче підґрунтя цієї боротьби є більш значущим: це пояснюється офіційною забороною розповсюдження та вживання наркотичних засобів, порушення якої тягне за собою кримінальну відповідальність. Постанова Кабінету міністрів України від 13 травня 1993 р. № 343 «Про Національну координаційну раду боротьби з наркоманією при Кабінеті Міністрів України (Із змінами, внесеними згідно з

Постановами КМ № 22 від 13.01.95, № 1758 від 27.12.2001) визначає надання координаційній раді ролі забезпечення спрямування і координації зусиль органів виконавчої влади і громадських організацій для боротьби з наркоманією як соціальним явищем. Основними завданнями Національної координаційної ради є: розроблення заходів щодо забезпечення реалізації державної політики та контролю за вживанням наркотиків в Україні; координація діяльності заінтересованих міністерств, інших органів виконавчої влади та громадських організацій з питань протидії зловживанням наркотичними засобами та їх незаконному обігу; організація підготовки та виконання програм запобігання незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, вживання яких перебуває під міжнародним та національним контролем; вироблення на основі міжурядових та міжвідомчих угод і домовленостей пропозицій про участь представників України в міжнародних організаціях, симпозіумах, конференціях тощо та здійснення заходів щодо міжнародного співробітництва у питаннях контролю за вживанням наркотиків; організація підготовки та внесення в установленому порядку пропозицій про вдосконалення законодавчих та інших нормативних актів, спрямованих на протидію зловживанням наркотичними засобами та їх незаконному обігу; подання звітів Кабінетові Міністрів України і відповідним міжнародним організаціям про стан, пов'язаний з обігом наркотичних засобів в Україні, та здійснення заходів, спрямованих на припинення зловживань наркотичними засобами та їх незаконного обігу.

4 червня 2003 р. Кабінет Міністрів України прийняв постанову № 877 «Про затвердження Програми реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003-2010 роки» (Із змінами, внесеними згідно з Постановами КМ № від 25.12.2004, № 1074 від 01.08.2006). Програма досить чітко описує стан наркотичної проблеми в Україні: «Незважаючи на комплекс запобіжних заходів, що здійснюються органами державної влади, рівень поширення наркоманії в країні залишається високим. На кожні 10 тис. населення в середньому 21 особа незаконно вживає наркотичні засоби та психотропні речовини.

Особливе занепокоєння викликає підвищення рівня розповсюдження і вживання наркотичних засобів та психотропних речовин серед молоді. Відсутність чіткого механізму подання допомоги громадянам у критичній ситуації, яка може спричинити незаконне вживання наркотичних засобів та психотропних речовин, низький рівень їх обізнаності з наслідками такого вживання та недостатня можливість отримання кваліфікованої інформації з цих питань призводять до загострення проблеми. Не відповідає рівню загрози наркоманії в державі також стан профілактичної і соціальної роботи у сфері лікування та реабілітації осіб, хворих на наркоманію. Продовжують збільшуватися обсяги контрабандного надходження наркотичних засобів на територію України. Відбувається інтенсивна перебудова нелегального наркоринку – висококонцентрований опій, кокаїн, героїн, синтетичні наркотичні засоби поступово витісняють традиційні для України опійну макову солому і марихуану. Мають місце факти надходження наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у незаконний обіг внаслідок порушення правил їх виробництва, зберігання, розподілу та торгівлі». Виконання Програми передбачає: **скорочення обсягів** незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зниження рівня незаконного вживання наркотичних засобів і психотропних речовин; **формування в суспільстві**, насамперед у молоді, неприйнятного ставлення до наркоманії як явища та підвищення ефективності існуючого механізму боротьби з його поширенням; **створення цілісної системи взаємодії** державних органів, підприємств, установ, організацій та громадських об'єднань у сфері боротьби з наркоманією, незаконним обігом наркотичних засобів,психотропних речовин і прекурсорів та здійсненні превентивних заходів на національному і міждержавному рівні; **поглиблення міжнародного співробітництва** у сфері боротьби з наркоманією та незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Термін виконання програми добігає свого кінця в 2010 році, залишається очікувати офіційних її підсумків, але можна констатувати, що всіх своїх завдань програма не виконала і проблема наркоманії залишається актуальною в українському суспільстві.

Більшість дослідників проблеми все ж схиляються до думки, що набагато дієвіше (й важче) забезпечити в суспільстві соціальні умови, що не сприяли б зловживанню наркотиками. Особливо це стосується головної групи ризику – молоді.

До вирішення проблеми алкоголізму та наркоманії держава активно залучає громадськість. Так 1 грудня 2003 року відбулися парламентські слухання на тему «Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання». По результатам Слухань Верховною Радою були прийняті рекомендації щодо забезпечення вдосконалення державної політики України та підвищення ефективності практичних заходів, що вживаються у сфері боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДУ, наркоманією та алкоголізмом. Зокрема, мова йде про створення Концепції державної політики України щодо алкоголю та наркотиків.

Агресія та правопорушення. Агресія, у якій би формі вона не виявлялася, являє собою поведінку, спрямовану на заподіяння шкоди чи збитку іншій живій істоті, що мають усі підстави уникати подібного із собою поводження. Дане комплексне визначення містить у собі наступні приватні пропозиції: агресія обов'язково має на увазі навмисне, цілеспрямоване заподіяння шкоди жертві; агресією може розглядатися тільки така поведінка, що має на увазі заподіяння шкоди чи збитку живим організмам; жертви повинні мати мотивацію уникання подібного із собою поводження..

Агресивні реакції засвоюються і підтримуються шляхом особистої участі в ситуаціях прояву агресії, а також у результаті пасивного спостереження проявів агресії. Агресія з'являється тільки у відповідних соціальних умовах. Агресивність має якісну і кількісну характеристику. Як і будь-яка властивість, вона має різний ступінь виразності, від майже повної відсутності до її граничного розвитку. Кожна особистість повинна мати визначений ступінь агресивності. Відсутність Її приводить до пасивності, відомості, конформності і т.д. Надмірний її розвиток починає визначати весь вигляд особистості, що може стати конфліктної, нездатної на свідому кооперацію і т.д. У життєвій свідомості агресивність є синонімом «зловмисної активності». Однак, саме по собі деструктивна поведінка «зловмисністю» не володіє, такою її робить мотив діяльності,

ті цінності, заради досягнення і володіння якими активність розвертається. Однією з форм прояву агресії є насильство в сім'ї.

В законодавчому регулюванні, основна роль боротьби з цими девіаціями належить кримінальному та адміністративному кодексу, згідно з якими агресія та поведінка за межами правового поля тягне за собою чи то кримінальну відповідальність чи стягнення штрафу, в залежності від тяжкості порушення. Програмою регулювання сімейного насилля став спільний проект Міністерства у справах сім'ї молоді та спорту України та ОБСЕ «Викоренення насилля в сім'ї в Україні шляхом підвищення обізнаності щодо проблеми і проведення корекційної роботи з особами, які вчинили насильство в сім'ї».

Основною умовою ефективної профілактики девіантної поведінки є правильне виховання дітей та підлітків. Тільки у єдності зусиль батьків, вчителів та просвітницької роботи державних та громадських організацій, можна досягнути успіхів у великій справі – повноцінному вихованні майбутніх поколінь.

1.4.5. Питання психології здоров'я в Державних програмах з різних галузей медицини

З метою задоволення потреб населення в охороні його здоров'я, забезпеченні прав громадян на якісну і доступну медико-санітарну допомогу, створення умов для формування здорового способу життя, Кабінетом Міністрів України була прийнята Постанова від 10 січня 2002 р. № 14 « Про затвердження міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я Нації» на 2002-2011 роки». В основу розроблення Програми покладено принципи державної політики у сфері охорони здоров'я, а також принципи Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

Аналіз стану здоров'я населення країни та діяльності закладів охорони здоров'я свідчить про незадовільну медико-демографічну ситуацію, низьку народжуваність, зростання смертності, від'ємний природний приріст населення, скорочення середньої очікуваної тривалості життя, а також зростання поширеності хвороб. У 1991-2000 роках чисельність населення скоротилася на 2,5 мільйона унаслідок перевищення смертності над народжуваністю. За останнє

десятиліття народжуваність населення зменшилася на 35 відсотків, смертність збільшилася на 18,6 відсотка. Основними причинами смертності є хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, травми та отруєння. Показники смертності від хвороб системи кровообігу в Україні найвищі серед європейських країн. Протягом останнього десятиліття середня очікувана тривалість життя у чоловіків скоротилася на 2,4, у жінок – на 0,9 року. Різниця в тривалості життя в Україні і країнах Західної Європи становить для чоловічого населення 12,8, жіночого – 7,8 року.

У структурі захворюваності переважають хронічні неінфекційні хвороби (серцево-судинні захворювання, злоякісні новоутворення, психічні та ендокринні розлади, алергічні прояви), які характеризуються негативною динамікою.

Поширеність серцево-судинної патології збільшилася за останнє десятиліття в 1,9 раза, онкологічної патології – на 18, бронхіальної астми – на 35,2, цукрового діабету – на 10,1 відсотка. Сьогодні в Україні кожен п'ятий житель хворіє на артеріальну гіпертензію. Зростають захворюваність і смертність від раку у зв'язку з несприятливою екологічною ситуацією та значним постарінням населення.

Незважаючи на зменшення протягом останнього десятиліття кількості травм і отруєнь, рівень їх залишається високим. Важливою проблемою є зростання захворюваності на соціально небезпечні хвороби, зокрема туберкульоз, ВІЛ/СНІД, хвороби, що передаються статевим шляхом. Захворюваність на туберкульоз збільшилася за 10 років в 1,9 рази, поширеність – на 34,3 %. Значно поширені наркологічні розлади. Високі рівні захворюваності обумовлюють збільшення кількості інвалідів, яка становить сьогодні 2,5 млн. осіб.

Рівень санітарної культури населення країни залишається невисоким, значна його частина має шкідливі для здоров'я звички. Поширеність тютюнопаління в Україні, особливо серед працездатного населення, є однією з найбільш високих у Європі. За поширеністю тютюнопаління серед чоловіків Україна входить до першої десятки європейських країн. У максимально дітородному віці (20-39 років) курить кожна третя – четверта жінка (за 20 останніх

років цей показник зріс у 4 рази). Надзвичайно низьким є показник чисельності населення, яке регулярно займається фізичною культурою, – у середньому 6-8 відсотків. Залишається вкрай бідною інфраструктура та індустрія здоров'я.

Напружена екологічна та санітарно-епідемічна ситуація, що склалася в Україні останніми роками, пов'язана із забрудненням довкілля, в тому числі і джерел водопостачання, неочищеними стічними побутовими та промисловими водами, відходами, незадовільним санітарно-комунальним станом населених пунктів, об'єктів харчування, торгівлі. Загальна маса нагромадження на території України токсичних відходів перевищує 4 млрд. тонн.

Отже, ключовими проблемами охорони здоров'я населення є: незадовільний стан здоров'я населення; недостатнє медикаментозне і матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я; нераціональна організація системи надання медичної допомоги, диспропорція її первинного, вторинного і третинного рівнів; брак сучасних медичних технологій, недостатнє володіння ними; низький рівень інформованості про сучасні медичні технології, засоби збереження здоров'я та активного дозвілля; неефективність державної політики щодо формування здорового способу життя; недостатність фінансових і насамперед бюджетних, ресурсів для забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я; практична відсутність ринку медичних послуг; недосконалість нормативно-правових актів, які впливають на створення умов для поліпшення стану здоров'я населення та підвищення ефективності використання в системі охорони здоров'я людських, матеріально-технічних та фінансових ресурсів в умовах ринкової економіки.

Для зручності впровадження реформ і більш ефективного керівництва в програмі «Здоров'я нації» було виокремлено наступні заходи її виконання у різних галузях охорони здоров'я:

Державна політика у сфері охорони здоров'я Державна політика у сфері охорони здоров'я повинна спрямовуватися на зміцнення здоров'я всіх верств населення, збільшення тривалості активного життя, поліпшення демографічної ситуації, підвищення якості та ефективності медико-санітарної допомоги, удосконален-

ня фінансування та управління галуззю, а також забезпечення соціального захисту працівників охорони здоров'я.

Справедливість і рівність у питаннях охорони здоров'я. На сучасному етапі правотворчої діяльності особлива увага приділяється удосконаленню наявної законодавчої бази так, щоб вона забезпечила революційний перехід до нових форм і методів здійснення державної політики в сфері охорони здоров'я з урахуванням необхідності широкої інтеграції країни у міжнародну діяльність з питань охорони здоров'я та прав людини відповідно до вимог Ради Європи.

Покращення умов для виживання і підвищення якості життя. Здоров'я жінок. Здоров'я жінок є одним із вирішальних факторів, які визначають здоров'я нових поколінь. Масштаби втрати здоров'я жінок протягом останніх років зростають, що зумовлено впливом негативних факторів навколишнього середовища, неповноцінним харчуванням, а також їх надмірною зайнятістю в суспільному виробництві, використанням на роботах з незадовільними та шкідливими умовами праці. Державна політики з питань поліпшення стану здоров'я жінок повністю збігається з європейською політикою. Передусім це нові стратегії оздоровлення довкілля, створення сприятливих умов для життя і праці жінок, формування пріоритету здорового способу життя, розвиток перинатальної охорони плода та медико-генетичного консультування, служби планування сім'ї, перепідготовка медичного персоналу з питань подання ефективної допомоги під час вагітності та пологів згідно з міжнародними стандартами,проведення фундаментальних та прикладних медико-демографічних та соціально-гігієнічних досліджень.

Здоров'я дітей і молоді. Діти та молодь є одним з пріоритетів політики держави. Від рівня їх здоров'я великою мірою залежить формування трудового та інтелектуального потенціалу України. Ситуація, яка складається сьогодні із здоров'ям дітей, потребує негайного розв'язання проблем загальнодержавного характеру. Першочерговим є припинення погіршення здоров'я, що може бути досягнуто шляхом здійснення державної політики у галузі охорони здоров'я через економічні, соціальні та інші важелі.

Здоров'я працюючого населення. Свідченням негативного впливу шкідливих виробничих чинників на працююче населення є те, що починаючи з 1989 року рівень професійної захворюваності має тенденцію до підвищення. Передусім це стосується вугільної промисловості. Одним з головних завдань системи охорони здоров'я є максимальне збереження здоров'я працівників, особливо тих, що працюють в шкідливих і небезпечних умовах.

Збереження здоров'я в старості. Однією із складових політики соціально орієнтованої держави є піклування про здоров'я і добробут літніх людей. В Україні спостерігаються такі негативні тенденції, як зростання смертності, скорочення тривалості життя. Кількість людей пенсійного віку збільшується, що обумовлює значне навантаження на працездатне населення та необхідність здійснення заходів щодо підвищення та збереження здоров'я людей похилого віку.

Кращі можливості для інвалідів. Протягом багатьох років основними захворюваннями, які призводять до інвалідності, є захворювання системи кровообігу, злоякісні новоутворення, травми, отруєння та деякі інші наслідки впливу зовнішніх чинників, а також хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, хвороби нервової системи. Незважаючи на кількісне зменшення показників інвалідності, за останні роки відмічається збільшення первинно визнаних інвалідами у працездатному віці. Зростає інвалідність з дитинства.

Зниження захворюваності та поширеності хвороб. Захворюваність і смертність внаслідок хронічних хвороб є надзвичайно високими і продовжують збільшуватися. Найбільш поширеними хворобами є серцево-судинні, онкологічні, ревматичні, неврологічні, хронічні респіраторні захворювання, діабет та алергічні прояви.

Зниження захворюваності на серцево-судинні хвороби. Значна поширеність хвороб системи кровообігу, зростання числа випадків уперше виявлених захворювань, важкі наслідки щодо працездатності і життя хворих висувають цю патологію на одне з перших місць. Ризик їх виникнення збільшується.

Боротьба з раком. Захворюваність і смертність від онкологічних захворювань зростають, ризик їх збільшується у зв'язку з несприятливою екологічною ситуацією в країні та значним поста-

рінням населення. Високий рівень захворюваності та смертності від них, стійкі тенденції до їх зростання, наявність онкологічних ефектів внаслідок катастрофи на Чорнобильській АЕС свідчать про надзвичайну гостроту проблеми, зумовлюючи необхідність задіяння в системі протиракової боротьби не тільки закладів охорони здоров'я, а й установ інших галузей господарства, тобто про необхідність комплексного підходу до розв'язання проблеми.

Боротьба з хворобами крові, кровотворної та лімфоїдної тканин. Захворюваність на хвороби крові, злоякісні захворювання кровотворної та лімфоїдної тканин та смертність від них мають тенденцію до зростання.

Цукровий діабет. Поширеність цукрового діабету має тенденцію до зростання. Діабет скорочує середню тривалість життя і призводить до тяжких побічних наслідків, зокрема таких, як діабетичні кризи, ампутації, ниркова недостатність, сліпота, високий рівень смертності серед дітей, народжених матерями, хворими на діабет, великий ризик розвитку вроджених вад.

Алергії та бронхіальна астма. Алергії та бронхіальна астма справляють значний вплив на якість життя населення і рівень інвалідності. Ці хвороби мають тенденцію до поширення.

Стоматологічна захворюваність. В Україні спостерігаються високі показники стоматологічної захворюваності, що зумовлює необхідність здійснення першочергових заходів для поліпшення ситуації.

Нещасні випадки, травми та отруєння. У структурі смертності населення смертність від нещасних випадків, травм та отруєнь посідає третє місце. У структурі травм провідне місце займають побутові та дорожньо-транспортні травми.

Скорочення поширеності психічних розладів, самогубств, алкоголізму та наркоманії. Погіршення психічного здоров'я призводить до втрат трудових ресурсів, зниження інтелектуального потенціалу. Спостерігається тенденція до збільшення кількості психічних та поведінкових розладів унаслідок вживання психоактивних речовин, зростає кількість самогубств.

Скорочення поширеності інфекційних хвороб. Санітарно-епідемічну ситуацію в Україні можна оцінити як складну. Щороку майже чверть населення України страждає від інфекційних хво-

роб. Основною метою є зниження рівня захворюваності на туберкульоз, СНІД, вірусні гепатити, дифтерію, кір, малярію та інші інфекційні хвороби.

Охорона здоров'я постраждалих унаслідок катастрофи на Чорнобильській АЕС. Показники стану здоров'я населення України, постраждалого унаслідок катастрофи на Чорнобильській АЕС, незадовільні і мають тенденцію до погіршення. Рівень захворюваності і поширеності хвороб, смертності, інвалідності залишається високим, збільшується частота переходу гострих форм захворювань у рецидивні і хронічні, зростає первинна хронічна патологія внутрішніх органів, частота вроджених вад і спадкових захворювань, підвищується рівень інфекційної патології.

Формування здорового способу життя. Розвиток профілактики – магістрального напряму системи охорони здоров'я – неможливий без подальшого удосконалення роботи, пов'язаної з формуванням здорового способу життя, медико-гігієнічного виховання населення. Разом з тим рівень профілактики, її ефективність ще не відповідають потребам сьогодення, вона не стала безумовним пріоритетом у всіх сферах суспільного життя. Політика з питань довкілля та охорони здоров'я

Напружена екологічна та санітарно-епідемічна ситуація має тенденцію до погіршення, що пов'язано із забрудненням довкілля, в тому числі джерел водопостачання неочищеними стічними побутовими та промисловими водами, відходами, незадовільним санітарно-комунальним станом населених пунктів, об'єктів харчування, торгівлі. Ситуація погіршується у зв'язку з відставанням розвитку санітарного благоустрою та інфраструктури населених пунктів.

Якість води. В Україні практично всі поверхневі, а в окремих регіонах і підземні води за рівнем забруднення не відповідають вимогам стандартів щодо водопостачання за фізико-хімічними та бактеріологічними показниками. Залишається вкрай незадовільним стан водопровідних мереж.

Якість повітря Рівень забруднення повітряного середовища шкідливими речовинами продовжує залишатись високим через недостатнє проведення повітряно-охоронних заходів та збільшення забруднення атмосферного повітря вихлопними газами автотранспорту.

Якість і безпека продуктів харчування. Проблема харчування населення загострюється. Харчовий раціон великою мірою визначає стан здоров'я людини. Незбалансоване харчування, застосування неякісних і забруднених продуктів зумовлює необхідність вжиття заходів у рамках державних програм.

Поводження з відходами і боротьба з забрудненням ґрунту, водойм та підземних вод. На території України накопичено значну масу токсичних відходів. В країні відсутня відповідна інфраструктура щодо поводження з токсичними промисловими, радіоактивними та іншими відходами.

Екологія людини і населені пункти. Метою держави є забезпечення належного стану довкілля, що сприятиме зміцненню здоров'я в міських і сільських населених пунктах.

Фінансові ресурси охорони здоров'я та управління ними. Витрати країни на сферу охорони здоров'я не повною мірою відповідають реальним потребам. Фінансування здійснюється переважно з державного та місцевих бюджетів. Для поліпшення фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я залучаються позабюджетні кошти за рахунок надання платних послуг населенню, благодійних внесків, пожертв від юридичних і фізичних осіб.

Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД). Протягом багатьох років у сфері охорони здоров'я переважав екстенсивний напрям розвитку, який характеризувався збільшенням кількості лікарняних ліжок, чисельності лікарів та інших медичних працівників, що призвело до диспропорції в наданні амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної, первинної і спеціалізованої медичної допомоги і є підставою для реорганізації усієї системи охорони здоров'я, у тому числі для пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги і відповідної раціоналізації та оптимізації спеціалізованої і стаціонарної допомоги.

Спеціалізована і стаціонарна медична допомога. Необхідне удосконалення організації спеціалізованої та стаціонарної медичної допомоги, підвищення її якості та ефективності, забезпечення доступності і взаємозв'язку з ПМСД.

Медична допомога сільському населенню. Особливості розселення, виробничої діяльності та побуту, медико-демографічної

ситуації та стану здоров'я сільського населення, стан шляхів і транспорту та ряд інших чинників обумовлюють специфіку організації медичного обслуговування в сільській місцевості. Деякі позитивні зрушення в організації медичної допомоги сільському населенню протягом 1995-2000 років (розширення мережі закладів, впровадження стаціонарозамінних форм роботи тощо) не забезпечили розв'язання існуючих проблем повною мірою.

Комунальні служби для громадян з обмеженими можливостями. Одним із напрямів роботи із соціального захисту найбільш незахищених верств населення є організація соціального обслуговування самотніх непрацездатних громадян та інвалідів, яка повинна спрямовуватися на профілювання закладів системи соціального захисту.

Забезпечення якісного надання медичної допомоги. Перехід до багатоукладного господарювання призвів до появи у сфері охорони здоров'я недержавних форм власності, що зумовлює необхідність створення нової, адекватної сучасним умовам системи контролю якості надання медичної допомоги, методів експертної діяльності, чіткого розмежування повноважень між суб'єктами в охороні здоров'я.

Виробництво медико-біологічних препаратів, виробів медичного призначення і забезпечення ними лікувальних закладів та населення. В Україні готові лікарські засоби виробляють підприємства різних форм власності. Значно збільшилася кількість ліцензій, виданих на промислове виробництво ліків. Постійно зростає кількість аптек, в яких здійснюється роздрібний продаж ліків, виготовлених в Україні, що охоплює майже всі важливі фармакотерапевтичні групи. Для забезпечення ефективної діяльності мережі аптечних закладів на державному рівні проводиться їх акредитація. Забезпечення населення виробами медичного призначення сприятиме підвищенню якості надання медичної допомоги, зниженню залежності від імпортних медикаментів і засобів медичного призначення.

Підготовка медичних кадрів. Додипломна і післядипломна підготовка та використання медичних кадрів приводиться до міжнародних стандартів з урахуванням сучасного стану і розвитку охорони здоров'я, пріоритетного розвитку медичної допомоги на засадах сімейної медицини, впровадження нових ефективних

медичних технологій, формування здорового способу життя. Проте підготовка фахівців з управління і економіки охорони здоров'я та сімейної медицини поки що є недостатньою.

Розвиток інформаційного забезпечення сфери охорони здоров'я. Темпам реформування галузі не відповідають темпи розвитку і впровадження новітніх інформаційних технологій. Нагальною необхідністю є створення сучасної системи підготовки, збирання, оброблення, аналізу, нагромадження, пошуку і передачі інформації.

Наукові дослідження та розвиток науки у сфері охорони здоров'я. Медична наука як складова частина галузі є ключовим фактором у розвитку охорони здоров'я та удосконалення медичної практики. На це спрямовано визначення пріоритетів, формування структури та обсягів наукових досліджень. На сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я медична наука є рушійною силою, яка покликана забезпечити всебічне наукове обґрунтування засад перебудови галузі та розробляє науково-обгрунтовані заходи щодо поліпшення здоров'я населення.

Стратегії щодо досягнення здоров'я для всіх. Загальноєвропейська політика ЗДВ є орієнтиром для вдосконалення національної політики охорони здоров'я в Україні. Однак на сьогодні не існує адаптованої на національному і регіональних рівнях чітко сформульованої і затвердженої урядом програми дій щодо досягнення здоров'я для всіх. Тому продовження роботи у цьому напрямку залишається актуальним для України на найближчі десятиріччя XXI століття.

Міжнародне співробітництво та партнерство. Всебічне міжнародне співробітництво є важливим чинником реформування вітчизняної галузі охорони здоров'я. Україна налагодила постійне співробітництво з рядом міжнародних організацій. Стратегія міжнародного співробітництва передбачає забезпечення його розширення та інтенсифікації, налагодження партнерства вітчизняних закладів охорони здоров'я з відповідними міжнародними та зарубіжними організаціями з найбільш соціально-пріоритетних напрямів.

Етика, деонтологія та соціально-економічний захист медичних працівників. В умовах соціального розшарування, яке спостерігається на етапі переходу від однієї соціальної формації до іншої важко реалізувати принцип справедливості в наданні медичних

послуг різним за рівнем достатку групам населення. У проблемі етики в медицині багато аспектів, вирішення яких наштовхується на значні труднощі в зв'язку із змінами соціально-економічної ситуації, критеріїв моральних та етичних цінностей, відсутністю законодавчих та нормативних актів щодо прав пацієнта. Це стосується взаємовідносин лікарів і пацієнтів, медичних працівників, медиків та установ, а також усіх названих категорій з державою.

З метою розроблення механізмів, які посилять роль морально-етичних аспектів при прийнятті рішень стосовно здоров'я окремих осіб, груп чи населення в цілому, підвищення вимог лікарської етики та деонтології до рівня правових норм, що дозволить вважати їх визначальними ознаками професійної майстерності медичного працівника, створення системи захисту прав пацієнтів та медичних працівників:

Розробити проект Закону України «Про захист прав пацієнтів та медичних працівників».

Створити за участю медичних асоціацій Суди честі медичних працівників, поклавши на них розгляд справ з проблем етики та деонтології.

Сприяти організації при кожному лікувально-профілактичному закладі громадських рад пацієнтів, покликаних брати участь у розв'язанні проблем охорони здоров'я, удосконалення надання медичної допомоги, поліпшення стосунків між пацієнтами і медичними працівниками.

Підготувати і видати масовим тиражем посібники та інші праці з питань сучасної етики та деонтології.

Сприяти створенню Української асоціації захисту прав пацієнтів, а також бюро незалежної експертизи, юридичних консультацій, медико-консультативних центрів, добродійного фонду.

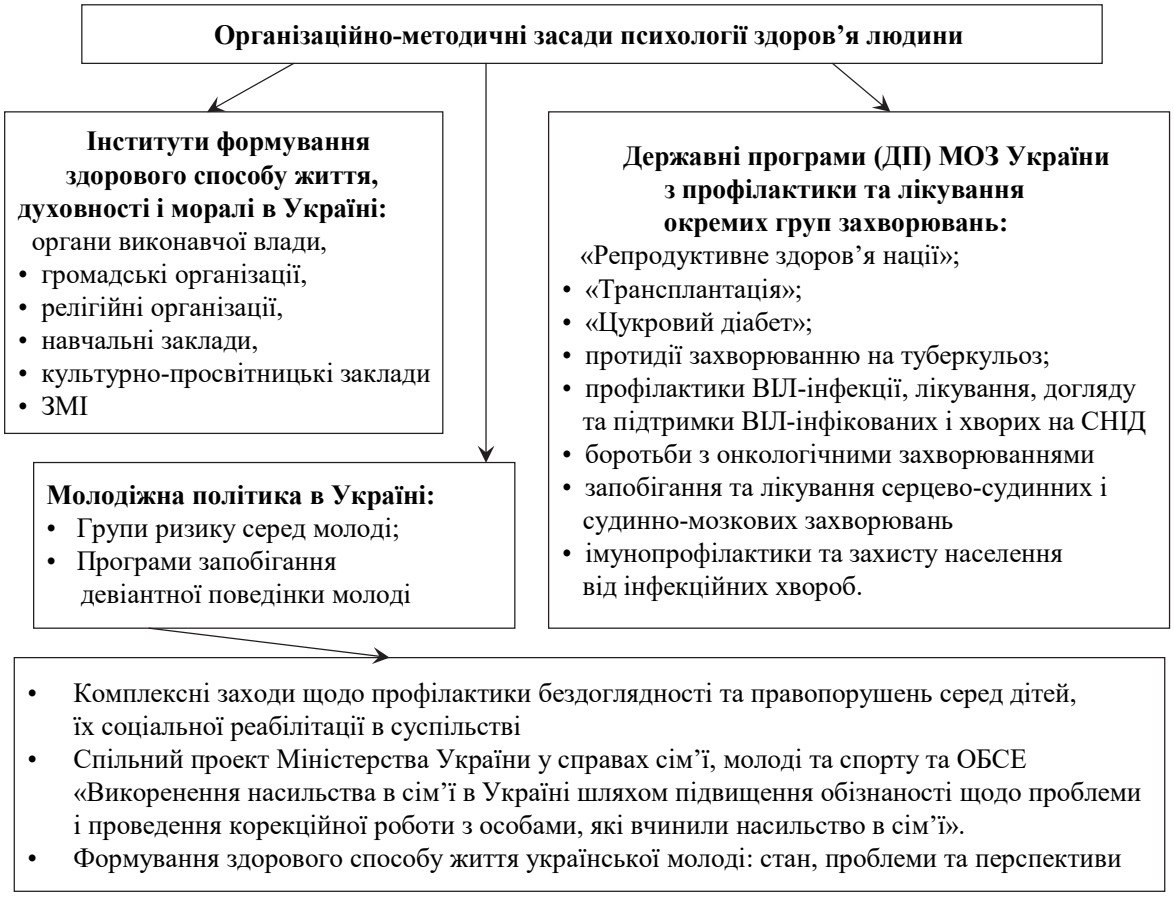
На базі міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки були створені Державні програми МОЗ України з профілактики та лікування окремих груп захворювань, зокрема:

«Репродуктивне здоров'я нації»; «Трансплантація»; «Цукровий діабет»; «Програма протидії захворюванню на туберкульоз»; «Програма профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД»; «Програма боротьби з онкологічними

захворюваннями»; «Програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань»; «Програма імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб» тощо.

Формалізована структура змісту теми

Організаційно-методичні засади психології здоров'я людини



Запитання для самостійної роботи

1. Визначити місце духовності і моралі в формування здорового способу життя громадян України.
2. Назвати чинники, які впливають на стан духовності, моралі та формування здорового способу життя громадян.
3. Перерахувати основні аспекти Указу Президента України № 456/99 від 27 квітня 1999 року.
4. Проаналізувати ефективність діяльності держави у сферах духовності і моралі в формування здорового способу життя громадян України.
5. Вказати напрямки діяльності органів виконавчої влади, громадських і релігійних організацій, навчальних, культурно-просвітницьких закладів в сфері психології здоров'я. Коротко охарактеризувати кожен напрямок.
6. Дати визначення девіантної поведінки та назвати її основні види.
7. Перерахувати заходи боротьби з алкоголізмом та наркоманією в Україні.
8. Надати характеристику агресивної поведінки.
9. Назвати основні програми запропоновані для запобігання девіантної поведінки молоді, визначити їх результативність в Україні.
10. Питання психології здоров'я в Державних програмах МОЗ з профілактики та лікування окремих груп захворювань.

Альтернативно-тестові завдання для самоконтролю

1. Яке визначення найбільш повно характеризує духовність:

а) частина психічної структури особистості, яка забезпечує ціннісну оцінку явищ у неусвідомлюваний для індивіда спосіб.

б) складова людської діяльності, що стосується збереження і зміцнення здоров'я, все, що сприяє виконанню людиною своїх людських функцій.

в) втілення в світоглядних орієнтаціях людини сподівань, прагнень, ідеалів, духу народу, нації, що визначає спрямованість особистісних потреб, бажань і зумовлює настанову на відповідний життєвий вибір.

г) стійка типова форма життєдіяльності особистості і спільнот, міра їх входження в соціум, типові взаємодії індивіда з суспільством, і групових стосунків групами, іншими людьми.

2.Шляхом розвитку охорони здоров'я на сучасному етапі *є:*

а) державна система;

б) бюджетно-страхова медицина;

в) приватна практика.

3.Основними принципами охорони здоров'я населення є:

а) дотримання прав людини у сфері охорони здоров'я;

б) пріоритет профілактичних заходів;

в) доступність медичної допомоги;

г) відповідальність держави й органів управління за здоров'я громадян;

4. Національна система соціального захисту населення передбачає:

а) соціальне забезпечення в разі стійкої і тимчасової втрати працездатності;

б) доступну медичну допомогу;

в) благодійність;

г) обов'язкове медичне страхування.

5. Найзначущий вплив на збереження й укріплення здоров'я населення мають всі фактори, крім:

а) рівня культури населення;

б) екологічних факторів середовища;

в) якості і доступності медичної допомоги;

г) безпечних умов праці;

д) збалансованості харчування.

6. До методів оцінювання якості медичної допомоги належать:

а) метод експертних оцінок;

б) відповідність моделі кінцевих результатів діяльності;

в) метод оцінювання виконання профілактичних і лікувальних заходів;

г) аналіз і оцінювання демографічних показників.

7. Соціальна робота – це:

а) попередження адиктивної поведінки громадян, реадаптація в суспільстві осіб, що вживають адиктивні речовини;

б) надання послуг, підтримка при вирішенні соціальних проблем осіб, які їх потребують, відповідними фахівцями на професійній основі;

в) робота, спрямована на досягнення соціально позитивних цілей;

г) підготовка кадрів для соціальної служби.

8. Стратегії зниження ризику та зменшення шкоди від вживання наркотиків спрямовані на:

а) зниження фінансових витрат у галузі профілактики та лікування хімічних залежностей;

б) зниження шкоди від вживання адиктивних речовин та зменшення негативних наслідків для людини та суспільства;

в) повну відмову від вживання адиктивних речовин;

г) вироблення в суспільстві стереотипів толерантності до споживачів ПАР.

9. Медична етика – це:

а) специфічний прояв загальної етики в діяльності лікаря;

б) наука про гуманізм, обов'язок, честь, совість медичних працівників;

в) здатність лікаря до моральної орієнтації в ситуаціях;

г) усе перелічене.

10. Деонтологія в медицині розглядає взаємини й контакти в системі:

а) лікар і хворий;

б) лікар і суспільство, держава, право, закон;

в) належні відносини між медичними працівниками;

г) лікар і мікросоціальне середовище хворого;

д) лікар і його ставлення до самого себе;

е) усе перелічене.

Завдання та проблемні ситуації

1. Духовність і мораль в формування здорового способу життя громадян України.

2.Які риси особистості притаманні людям із девіантною поведінкою? Які з них і коли можна спостерігати у здорових людей? Основні програми її запобігання девіантної поведінки у молоді.

3.Провести рольову гру – пошук нормативно-правової документації, що регулює різноманітні аспекти психології здоров'я людини.

4.Які заходи боротьби з алкоголізмом та наркоманією в Україні.

5.Питання психології здоров'я в Державних програмах МОЗ з профілактики та лікування окремих груп захворювань.

Література

Основна:

1.Закон України «Про психіатричну допомогу». – К.: Сфера, 2000. – 50 с.

2.Закони України про охорону здоров'я: Збірник нормативно-правових актів. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 464 с.

3.Maksymenko, S.D.(2021) Genetic principles of creative personality confident as a propulsion of mental development. Ottawa: Accent Graphics Communications and Publishing. Glasgow: Society for the support of publishing initiatives and scientific mobility Limited.-615 p.

4.С.Д. Максименко Я.В. Руденко, А.М. Кушнєрьова, В.М. Невмержицький. Психічне здоров'я особистості: посібник для вищих навчальних закладів. Київ: "Видавництво Людмила", 2021. 438 с.

5.Максименко С.Д., Яланська С.П. Генетико-креативний підхід: діяльнісне опосередкування особистісного розвитку: монографія. Київ: "Видавництво Людмила", 2021.508 с.

6.Максименко С.Д., Костюк О.В., Максименко К.С., Немеш О.М., Луньов В.Є.Мультилінгвістичний дискурс невротизації май-

бутніх лікарів: монографія. Київ: “Видавництво Людмила”, 2020. 171 с.

7.Максименко С.Д., Піроженко Т.О., Пророк Н.В., Папуча М.В. Психологічний портрет особистості дитини:вікові періоди Київ: “Видавництво Людмила”, 2021. 104 с.

8.Максименко С.Д., Максименко К.С.. Папуча М.В. Психологія особистості: Підручник. – К.: ТОВ «КММ», 2007. – 296с.

9.Охорона психічного здоров’я у світі: Проблеми та пріоритети в країнах, що розвиваються / Р. Дежарлє, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман: Пер.з англ. – К.: Сфера, 2001. – 575 с.

10. Права пацієнта – права людини в системі охорони здоров’я: Збірка міжнародних документів / Упор. В.В.Глуховський. – К.: Сфера, 2004. – 216 с.

Додаткова:

1.Бабин І. І., Царенко А. В., Черняк В. М., Яцук Г. Ф. Пізнай себе: Матеріали до курсу «Валеологія». – Тернопіль: ТДПІУО, ТОШО, 2002. – 232 с.

2.Грушко В.С. Основи здорового способу життя: Навчальний посібник з курсу «Валеологія». – Тернопіль: СМП «Астон», 1999. – 368 с.

3.Загальна психологія. / За загальною редакцією академіка С.Д.Максименка. Підручник. – 2-ге вид., переробл. і доп. – Вінниця: Нова Книга, 2004. – 704 с.

4. Казначеев В. П. Биосистема и адаптация. – Новосибирск, 1983.

5. Максименко С.Д. Основи генетичної психології. – К., 1998. – 218с.

6. Основы валеологии: В 3 кн. / Под общ. ред. академика В. П. Петленко. – К.: Олимпийская л-ра, 1998. – Т. 1. – 444 с.; Т. 2. –1999. – 351 с.; Т. 3. – 1990. – 447 с.

7. Шапар В.Б. Психологічний тлумачний словник. – Х.: Прапор, 2004. – 640 с.

Тема 2

ДЕСКРИПТОРИ ТА ДЕТЕРМІНАНТИ ВПЛИВУ НА ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я

2.1 Спосіб життя

КЛЮЧОВІ ПОНЯТТЯ ТЕМИ: спосіб життя, рівень життя, якість життя, стиль життя, уклад життя, здоровий спосіб життя, життєві стратегії, життєві сценарії, нездоровий спосіб життя, предиктори та превентори способу життя, саморуйнівна поведінка.

Під **способом життя** людини слід розуміти стійку типову форму життєдіяльності особистості і спільнот, міру їх входження в соціум, типові взаємодії індивіда з суспільством, і групових стосунків групами, іншими людьми.

Ряд авторів вважає, що спосіб життя – це біосоціальна категорія, що визначає тип життєдіяльності в духовній і матеріальній сферах життя людини. Згідно Ю. П. Лисиціну, «спосіб життя – визначений, історично обумовлений тип, вид життєдіяльності або визначений спосіб діяльності в матеріальних і нематеріальній [духовної] сферах життєдіяльності людей» У даному випадку спосіб життя розуміється як категорія, що відбиває найбільш загальні і типові способи матеріальної і духовної життєдіяльності людей, узятих у єдності з природними і соціальними умовами.

В іншому підході поняття спосіб життя розглядається як інтегральний спосіб буття індивіда в зовнішньому і внутрішньому світі, як «система взаємин людини із самим собою і факторами зовнішнього середовища», де система взаємин людини із самою собою являє собою складний комплекс дій і переживань, наявність корисних звичок, що зміцнюють природний ресурс здоров'я, відсутність шкідливих, що руйнують його.

Більшість західних дослідників визначають спосіб життя як «широку категорію, що включає індивідуальні форми поводження, активність і реалізацію своїх можливостей у праці, повсякденній житті і культурних звичаях, властивих тому або іншому соціально-економічному укладові «.

2.1.1. Структурно-функціональна характеристика способу життя

Спосіб життя охоплює усі істотні сфери діяльності людей: праця, форми соціальної організації, побут, форми використання людьми свого вільного часу, їх участь в політичному і громадському житті, форми задоволення їх матеріальних і духовних потреб, норми, що увійшли до повсякденної практики, і правила поведінки. Тому на спосіб життя впливають економічні стосунки, суспільно-політичний лад, культура і світогляд людей. У свою чергу спосіб життя людей чинить вирішальний вплив на їх образ мислення.

О. М. Ізуткін і Г. Ц. Царегородцев структуру способу життя представляють у виді наступних елементів: преосвітня діяльність, спрямована на зміну природи, суспільства і саму людину; способи задоволення матеріальних і духовних потреб; форми участі людей у суспільно політичній діяльності й у керуванні державою; пізнавальна діяльність на рівні теоретичного, емпіричного і цінносно-орієнтованого знання; комунікативна діяльність, що включає спілкування між людьми в суспільстві і його підсистемах [народ, клас, родина й ін.]; медико-педагогічна діяльність, спрямована на фізичний і духовний розвиток людини».

Спосіб життя – це одна з найважливіших біосоціальних категорій, що поєднують уявлення про певний вид (тип) життєдіяльності людини. Його можна охарактеризувати особливостями повсякденного життя людини, які охоплюють його трудову діяльність, побут, форми використання вільного часу, задоволення матеріальних і духовних потреб, участь в громадському життя, норми і правила поведінки. Спосіб життя – один з критеріїв суспільного прогресу. Нині доведено, що з суми усіх чинників, що детермінують здоров'я людини, 50-55% припадає на спосіб життя.

У свою чергу, до основних чинників, що визначають спосіб життя людини, слід віднести:

- рівень загальної культури людини і його вченість;
- матеріальні умови життя;
- статеві, вікові і конституціональні особливості людини;
- стан здоров'я;
- характер екологічного середовища існування;
- особливості трудової діяльності (професії);
- особливості сімейних стосунків і сімейного виховання;
- звички людини;
- можливості задоволення біологічних і соціальних потреб.

Таким чином головним в способі життя людини є те, як вона проводить своє життя, яка його спрямованість. Також визначними являються основні способи і форми життєдіяльності. Спосіб життя, зумовлений значною мірою соціально-економічними умовами, особливостями перебігу психічних процесів людини, станом здоров'я та функціональних можливостей організму. При цьому слід пам'ятати про те, що певна соціальна група має свої особливості в способі життя, свої цінності, установки, еталони поведінки тощо.

Ю. П. Лисицін, спираючи на класифікації способу життя І.В. Бестужева-Лади й інших вчених, виділяє в способі життя чотири категорії:

- економічну – «рівень життя»,
- соціологічну – «якість життя»,
- соціально-психологічну – «стиль життя» і
- соціально-економічну – «уклад життя».

Рівень життя або рівень добробуту характеризує розмір, а також структуру матеріальних і духовних потреб, у такий спосіб кількісну, що піддається вимірові сторону умов життя(міра задоволення матеріальних, культурних, духовних потреб).

Під **укладом життя** розуміється порядок громадського життя, побуту, культури, у рамках якого відбувається життєдіяльність людей (спосіб життя людини, що визначається типом власності на

засоби виробництва, політичними, економічними, соціальними відносинами, провідною ідеологією і т.д.).

Стиль життя відноситься до індивідуальних особливостей поведінки як одного з проявів життєдіяльності (поведінкова особливість життя людини, т. е. певний стандарт, під який підлаштовується психологія і психофізіологія особи). Стиль життя – це усталена єдність, цілісність, а в найрозвиненіших формах гармонія певних елементів системи життєдіяльності особистості, що виявляється в таких кількісних та якісних характеристиках цієї життєдіяльності, як інтенсивність, ритм, темп, розподіл бюджету часу, домінуючі «наскрізні» орієнтації, міра та рівень засвоєння (інтеріоризації) різних способів життєдіяльності тощо. В аспекті стильових особливостей життєдіяльності особистості суб'єктивний бік життєвого процесу виявляється, зокрема, в можливості індивідуальної інтерпретації системи життєдіяльності відповідно до власних потреб, інтересів, ціннісних орієнтацій. Суспільство (у стабільному, нормальному стані) стимулює або обмежує лише крайні прояви активності в окремих сферах, у цьому діапазоні існують різноманітні шляхи особистісного самовизначення і санкції покарання.

Якість життя є оцінкою якісної сторони умов життя; це – показник рівня комфорту, задоволеність роботою, спілкуванням і т.п. Характеризуючи сутність якості життя як соціально-економічної категорії необхідно підкреслити ряд її особливостей:

По-перше, якість життя надзвичайно широке, багатоаспектне, багатогранне поняття, незрівнянно більш широке, ніж «рівень життя». Це категорія, далеко виходить за межі економіки. Це, перш за все соціологічна категорія, яка охоплює всі сфери суспільства, оскільки всі вони містять в собі життя людей і її якість.

По-друге, якість життя має дві сторони: об'єктивну і суб'єктивну.

Критерієм об'єктивної оцінки якості життя слугують наукові нормативи потреб та інтересів людей, за співвідношенням, з якими можна об'єктивно судити про ступінь задоволення цих потреб та інтересів. З іншого боку, потреби і інтереси людей індивідуальні і ступінь їх задоволення можуть оцінити тільки самі суб'єкти. Вони не фіксуються будь-якими статистичними величи-

нами і практично існують лише в свідомості людей і, відповідно, в їх особистих думках і оцінках. Таким чином, оцінка якості життя виступає у двох формах: ступінь задоволення науково-обгрунтованих потреб та інтересів; задоволеність якістю життя самих людей.

По-третє, якість життя не є категорією, відокремленою від інших соціально-економічних категорій, але об'єднує багато з них, включає в себе їх в якісному аспекті. Так, компонентами якості життя є і спосіб життя, і рівень життя, і навколишнє середовище, збагачені якісними оцінками. Наприклад, характеризуючи якість життя, не можна обмежуватися оцінкою харчування за його поживною цінністю (калорійність, вміст у грамах білків, жирів). Не можна обійти таких якостей харчування, як його регулярність, різноманітність, смакові властивості. Характеризуючи якість трудового життя, не можна обмежитися (як при аналізі рівня життя) показниками зайнятості, безробіття, тривалості робочого дня, тижня, року, рівнем виробничого травматизму, але необхідні оцінки відповідності інтересам працівників змісту і характеру праці, його інтенсивності, взаємин всередині трудового колективу та ін.

Якщо оцінити роль кожної з цих категорій у формуванні здоров'я, можна помітити, що при рівних можливостях перших двох (рівень і якість), які мають громадський характер, здоров'я людини значною мірою залежить від стилю і укладу життя, який великою мірою має персоніфікований характер і визначається історичними і національними традиціями і особовими схильностями.

В процесі життя кожної людини повинні задовольнятися матеріальні і духовні потреби, причому її поведінка буде спрямована на реалізацію цих потреб. У кожної особи при однаковому на даний момент в будь-якому суспільстві рівні потреб існує свій індивідуальний спосіб їх задоволення, тому поведінка у людей різна і залежить вона значною мірою від виховання.

Практично в усіх складових способу життя присутня висока нормативність, інакше жодна форма життєдіяльності людей не змогла б укорінитися в історії як специфічне явище, спричинене, зрештою, людськими потребами, які також є продуктом розвитку суспільства. Формуючись і розвиваючись у процесі життя, особи-

стість залучається до розгалуженої системи способів життєдіяльності суспільства, кожна з яких має свої правила і витяги, стимули і запобіжники, заохочення Спосіб життя особистості характеризує наявність та прояв соціального (суспільного) в індивідуальному. На відміну від способу життя як прояву соціального в індивідуальному поняття стиль життя, навпаки, виражає специфіку входження індивідуального у соціальне, суспільне. Стиль життя, власне, є індивідуальною формою функціонування способу життя. Стиль життя особистості найрельєфніше і найяскравіше виражає специфіку життєвого шляху людини, конкретні умови й обставини її формування як особистості, особливості індивідуальних рис характеру, вольових якостей, інтелекту, потреб та інтересів.

2.1.2 Здоровий спосіб життя

За всіх часів у всіх народів світу цінністю людини і суспільства було і є фізичне і психічне здоров'я. Ще в стародавності воно розумілося лікарями і філософами як головна умова вільної діяльності людини, його досконалості. Але незважаючи на велику цінність, що додається здоров'ю, поняття «здоров'я» віддавна не мало конкретного наукового визначення. І в даний час існують різні підходи до його визначення. При цьому, більшість авторів: філософів, медиків, психологів у відношенні цього явища згодні один з одним лише в одному, що зараз відсутнє єдине, загальноприйняте, науково обґрунтоване поняття «здоров'я індивіда». У статуті Всесвітньої Організації Охорони здоров'я (ВООЗ) записано, що здоров'я являє собою не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів, але стан повного соціального і духовного благополуччя.

І. Illich відзначає, що «здоров'я визначає процес адаптації: «...створює можливість адаптуватися до зовнішнього середовища, що змінюється, до росту і старіння, до лікування при порушеннях, стражданням і мирному чеканню смерті». Здоров'я як здатність адаптуватися до умов навколишнього середовища, що є результатом взаємодії із середовищем розглядають Р. М. Баєвський і А. П. Берсенєва. Загалом, у вітчизняній літературі стало традицією зв'язувати стан здоров'я, хвороби і перехідних між ними станів з

рівнем адаптації. Л. Х. Гаркаві й Е. Б. Квакіна розглядають здоров'я, донозологічні стану і перехідні між ними стани з позиції теорії неспецифічних адаптаційних реакцій. Стан здоров'я в даному випадку характеризується гармонічними антистресорними реакціями спокійної і підвищеної активації.

Г. А. Апанасенко пропонує розрізняти кілька груп факторів здоров'я, що визначають відповідно його відтворення, формування, функціонування, споживання і відновлення, а також характеризують здоров'я як процес і як стан. Так, до факторів (показників) відтворення здоров'я відносяться: стан генофонду, стан репродуктивної функції батьків, її реалізація, здоров'я батьків, наявність правових актів, що охороняють генофонд і вагітних і т.д.

До **факторів формування здоров'я** автор зараховує спосіб життя, до якого відносить рівень виробництва і продуктивності праці; ступінь задоволення матеріальних і культурних потреб; загальноосвітній і культурний рівні; особливості харчування, рухової активності, міжособистісних відносин; шкідливі звички і т.д., а також стан навколишнього середовища.

Як **фактори споживання здоров'я** автор розглядає культуру і характер виробництва, соціальну активність індивіда, стан морального середовища і т.д. Відновленню здоров'я служать рекреація, лікування, реабілітація. Здоров'я людини більш ніж на 50%, відповідно до різних джерел залежить від його способу життя. Д. У. Нистрян пише: «Як вважають деякі дослідники, здоров'я людини на 60 % залежить від його способу життя, на 20 % – від навколишнього середовища і лише на 8 % – від медицини». За даними ВООЗ, здоров'я людини на 50-55 % визначається умовами і способом життя, на 25 % – екологічними умовами, на 15-20 % воно обумовлено генетичними факторами і лише на 10-15 % – діяльністю системи охорони здоров'я.

Якщо звернутися до історичного аспекту зародження уявлень про здоровий спосіб життя, то уперше вони починають формуватися на Сході. Вже в древній Індії 6 століть до н.е. у Ведах сформульовані основні принципи ведення здорового способу життя. Один з них – досягнення стійкої рівноваги психіки. Першою і неодмінною умовою досягнення цієї рівноваги була повна внутріш-

ня воля, відсутність твердої залежності людини від фізичних і психологічних факторів навколишнього середовища. Іншим шляхом, що веде до установлення внутрішньої рівноваги, вважався шлях серця, шлях любові. Під любов'ю, що дає волю, у бхакти-йозі розумілася не любов до окремої людини, до групи людей, а любов до всього живого в цьому світі як до вищого вираження сутності буття. Третій шлях досягнення внутрішньої волі – шлях розуму, розуму – пропонувався джана-йогой, що затверджує, що жодна з йог не повинний відмовлятися від знання, тому що воно підвищує життєву стійкість. У східній філософії завжди ставився акцент на єдності психічній і тілесного в людині. Так, китайські мислителі вважали, що дисгармонія організму виникає в результаті психічної дисгармонії. Вони виділяли п'ять хворобливих настроїв: гнів і запальність, «затьмареність» переживаннями, заклопотаність і зневіра, сум і смуток, страх і тривожність. Схильність до таких настроїв, – вважали вони, – порушує і паралізує енергію як окремих органів, так і всього організму в цілому, скорочуючи людині життя. Радість же додає гармонічну еластичність енергопотокам організму і продовжує життя. У тибетській медицині у відомому трактаті «чжуд-ши» неуцтво вважалося загальною причиною усіх хвороб. Неуцтво породжує хворий спосіб життя, вічну незадоволеність, приводить до тяжких, песимістичних переживань, пагубним пристрастям, несправедливому гнівові, несхвальності до людей. Помірність в усьому, природна природність і подолання неуцтва – основні складові здорового способи життя, що визначають фізичне і психічне благополуччя людини. Східна філософія заснована на розумінні людини як цілого, нерозривно зв'язаного з безпосереднім оточенням, природою, космосом і орієнтована на підтримку здоров'я, виявлення величезних можливостей людини протистояти недугам.

Уявлення про здоровий спосіб життя зустрічаються й в античній філософії. Мислителі античного періоду намагаються виділити в даному явищі специфічні елементи. Так, наприклад, Гіппократ у трактаті «Про здоровий спосіб життя» розглядає даний феномен як якусь гармонію, до якої варто прагнути шляхом дотримання цілого ряду профілактичних заходів. Він акцентує увагу в основ-

ному на фізичному здоров'ї людини. Демокрит у більшій мері описує духовне здоров'я, що представляє собою «благий стан духу», при якому душа перебуває в спокої і рівновазі. В античному світі існують свої традиції ведення здорового способу життя. Наявність гарного здоров'я було основним критерієм для забезпечення інтелектуального розвитку підростаючого покоління. Так, юнака, фізично погано розвиті, не мали право на вище утворення. У Древній Греції культ тіла зводиться в рамки державних законів, мається стругаючи система фізичного виховання. У цей період з'являються перші концепції здорового способу життя: «пізнай самого себе», «піклуйся про самого себе». Відповідно до останньої концепції в кожної людини повинний бути визначений образ дій, здійснюваний стосовно самого себе, який включає турботу про самого себе, зміну, перетворення себе. Особливість античного періоду полягає в тім, що на перший план виходить фізичний компонент здорового способу життя, відтискуючи духовний на другий план. У східній же філософії чітко простежується нерозривний зв'язок між духовним і фізичним станом людини. Здоров'я тут розглядається як «необхідна ступінь досконалості і вища цінність». Положення східної медицини базуються на відношенні до людини як особистості. Воно виражається у формах ведення діалогу між лікарем і пацієнтом у тих ракурсах, у яких він бачить самого себе, тому що ніхто, крім самої людини не може змінити його спосіб життя, звички, відношення до життя і хвороби. Такий підхід заснований на тім, що багато хвороб мають функціональну природу і їхні симптоми є сигналами серйозних емоційних і соціальних проблем. Але в будь-якому випадку людина виступає активним учасником збереження і придбання здоров'я. Тому в підставах східної медицини особливо підкреслюється, що проблему здоров'я не можна вирішити тільки зробленими технічними засобами діагностики і лікування. До неї варто підходити з обліком індивідуального відношення до здоров'я, що включає усвідомлення себе і власного способу життя. Цей аспект багато в чому втрачений у сучасній медицині, що розглядає хвороба як порушення благополуччя тілесного стану людини, наявність специфічних, локальних відхилень в органах і тканинах, а пацієнта – як пасивна

особа, що одержує визначені розпорядження, у виробленні яких він не приймав участі. У західній і російській науці проблему здорового способу життя торкалися такі лікарі і мислителі як Ф. Бекон, Б. Спіноза, Х. Де Руа, Ж. Ламетрі, П. Ж Ж. Кабаніс, М. Ломоносов, А. Радищев.

Сьогодення характеризується глибокою неузгодженістю природних, соціальних і духовних основ людини і середовища її життєдіяльності. Відбулися істотні зміни у свідомості людини: якщо раніше вона була одночасно і виробником, і споживачем різних благ, то в даний час ці функції розділилися, що відбилося і на ставленні нашого сучасника до свого здоров'я. За старих часів людина, «споживаючи» своє здоров'я у важкій фізичній праці й у боротьбі із силами природи, добре усвідомлювала, що вона сама повинна подбати про його відновлення. Тепер же людям здається, що здоров'я так само постійне, як електро- і водопостачання, що воно буде завжди. І.Брехман відзначає: «Самі по собі досягнення науково-технічної революції не скоротять відставання адаптаційних можливостей людини від змін природного і соціально – виробничого середовища. Чим більшими будуть автоматизація виробництва і кондиціонування середовища, тим менш тренованими виявляться захисні сили організму. Породивши своєю виробничою діяльністю екологічну проблему, стурбована збереженням природи в планетарному масштабі, людина забула, що вона частина природи, і свої зусилля направляє головним чином на збереження і поліпшення навколишнього середовища». Таким чином, перед людством стоїть задача не займатися утопічними планами огородження людини від усіх можливих патогенних впливів, а забезпечити її здоров'я в реально існуючих умовах.

Для збереження і відновлення здоров'я недостатньо пасивного чекання, коли природа організму раніш або пізніше зробить свою справу. Людині самій необхідно робити визначену роботу в даному напрямку. Але, на жаль, більшістю людей цінність здоров'я усвідомлюється тільки тоді, коли виникає серйозна погроза для здоров'я або воно в значній мірі втрачено, унаслідок чого виникає мотивація вилікувати хворобу, повернути здоров'я. А от позитивної мотивації до удосконалювання здоров'я в здорових лю-

дей явно недостатньо. І Брехман виділяє дві можливі причини цього: людина не усвідомлює свого здоров'я, не знає величини його резервів і турботу про нього відкладає на потім, до виходу на пенсію або на випадок хвороби. Разом з тим, здорова людина може і повинна орієнтуватися у своєму способі життя на позитивний досвід старшого покоління і на негативний – хворих людей. Однак, такий підхід діє далеко не на всіх і з недостатньою силою. Дуже багато людей своїм образом і поводженням не те, що сприяють здоров'ю, а руйнують його.

Ю. Лисицін відзначає, що здоровий спосіб життя – це не просто все те, що благотворно впливає на здоров'я людей. У даному випадку мова йде про всі компоненти різних видів діяльності, спрямованих на охорону і поліпшення здоров'я. Автор указує на те, що поняття здорового способу життя не зводиться до окремих форм медико-соціальної активності (викорінюванню шкідливих звичок, проходженню гігієнічним нормам і правилам, санітарній освіті, звертанню за лікуванням або радою в медичні установи, дотриманню режиму праці, відпочинку, харчування і багатьом іншим, хоча усі вони відбивають ті або інші сторони здорового способу життя).

Здоровий спосіб життя – це насамперед діяльність, активність особистості, групи людей, суспільства, що використовують матеріальні і духовні умови і можливості в інтересах здоров'я, гармонійного фізичного і духовного розвитку людини. Виділяються ряд критеріїв критерії здорового способу життя, до числа яких відносяться, наприклад, гармонічне сполучення біологічній і соціального в людині, гігієнічне обґрунтування форм поводження, неспецифічні й активні способи адаптації організму і психіки людини до несприятливих умов природи і соціального середовища Б. Н. Чумаків відзначає, що здоровий спосіб життя включає типові форми і способи повсякденної життєдіяльності людей, що зміцнюють і удосконалюють резервні можливості організму. У той же час, поняття здорового способу життя набагато ширше, ніж режим праці і відпочинку, система харчування, різні що гартують і розвивають вправи; у нього також входить система відносин до себе, до іншої

людини, до життя в цілому, а також свідомість буття, життєві цілі і цінності.

У практичній діяльності при визначенні індивідуальних критеріїв і цілей здорового способу життя існують два альтернативних підходи. Задачею традиційного підходу є досягнення всіма однакової поведінки, що вважається правильним: відмовлення від паління і вживання алкоголю, підвищення рухової активності, обмеження споживання з їжею насичених жирів і повареної солі, збереження маси тіла в границях, що рекомендуються. Ефективність пропаганди здорового способу життя і масового зміцнення здоров'я оцінюється по числу осіб, що дотримують рекомендованої поведінки. Але, як показує практика, захворюваність неминуче виявляється різною при однаковій поведінці людей з різними гено- і фенотипом. Явний недолік такого підходу в тім, що він може привести до рівності поведінки людей, але не до рівності кінцевого здоров'я.

Інший підхід має зовсім інші орієнтири, і в якості здорової розглядається такий стиль поведінки, що приводить людину до бажаної тривалості і необхідної якості життя. З огляду на, що всі люди різні, їм потрібно протягом життя поводитися по-різному. «Здоровий спосіб життя в принципі не може і не повинний бути ідентичним. Будь-яку поведінку варто оцінювати як здорову, якщо вона веде до досягнення бажаного оздоровчого результату.

При такому підході критерієм ефективності формування здорового способу життя виступає не поведінка, а реальне збільшення кількості здоров'я. Отже, якщо здоров'я людини не поліпшується, незважаючи на, здавалося б, розумну, культурну, суспільно корисну поведінку, вона не може розглядатися як здорове. Для оцінки кількості здоров'я в цьому підході розроблена методика, що дає людині можливість з урахуванням індексу здоров'я і його положень по шкалі здоров'я самій приймати рішення, яке поведінку вважати здоровим. Отже, у рамках цього підходу здоровий спосіб життя визначається, виходячи з індивідуальних критеріїв, особистого вибору найбільш кращих мір оздоровлення і контролю за їхньою ефективністю. Отже, для осіб з великою кіль-

кістю здоров'я будь-який спосіб життя, що є для них звичайним, буде цілком здоровим.

2.1.3 Життєві стратегії та життєві сценарії

Сучасна життєва ситуація висуває перед особистістю доволі високі вимоги, потребуючи значних, подеколи надмірних зусиль для подолання життєвих перешкод. Психологічне подолання несприятливих обставин спрямоване на адаптацію індивіда до ситуації, щоб зрештою оволодіти нею, послабити або пом'якшити її вимоги і в такий спосіб загасити стресову дію ситуації. Ця адаптація може здійснюватися різними шляхами, але має здійснюватися неодмінно, хоча далеко не всі люди обирають ефективні стратегії подолання життєвих перешкод.

Дослідження вітчизняних соціологів засвідчують, що добре адаптувалися і нормально почуваються за сучасних умов лише близько 10% населення. Інші або намагаються знайти своє місце в сучасному житті, тобто перебувають у стані адаптації, або не хочуть пристосовуватися, тобто є фактично дезадаптованими. Ця ситуація є типовою для спільнот, що переживають перехідний період розвитку. Так, класичне дослідження У.Томаса і Ф.Знанецького, які на початку XX століття вивчали адаптацію польських селян, що емігрували до США, виявило три провідні соціальні типи характеру. Це, по-перше, ті, хто над усе цінує стабільність, намагаючись будь-що утримати знайомий їм спосіб життя і звичну систему орієнтирів. Далі тип, для якого властиве спонтанне пристосування, намагання хаотично хапатися за будь-які можливості перетворення несприятливої ситуації. І, нарешті, тип креативний, представники якого прагнуть підкорити собі обставини, переструктурувати саму ситуацію так, аби зробити її сприятливою.

За різних умов також проявляються різні соціальні типи характерів, кожен з яких обирає особистісну стратегію життя. Отже, існують певні типи стратегій, які можуть описати поведінкову активність більшості населення країни. Ці типи пов'язані з генеральною оцінкою людиною несприятливої ситуації і вибором відповідних шляхів її подолання. Найефективнішою є така стратегія по-

долання труднощів, коли суб'єкт демонструє високу здатність до перетворення ситуації, тобто активно втручається в перебіг життя і намагається його поліпшити. Менш ефективною виглядає стратегія пристосування, коли ситуація сприймається такою, що не підлягає перетворенню, і суб'єкт намагається лише «вписатися» у задані рамки. Зрештою, існує стратегія, яку умовно можна визначити як «уникання» проблемної ситуації. При цьому суб'єкт намагається «не думати» про те, що на нього чекає, живе «як доведеться», тобто не докладає зусиль для виправлення ситуації на краще.

Розрізняють кілька стадій становлення нових життєвих стратегій особистості. Перша стадія – реверсивна, зумовлена виникненням масового відчуття зрослих можливостей впливати на суспільні перетворення, контролювати і спрямовувати їх; досить типовою є руйнівна поведінка, прагнення змін за принципом «все навпаки»; переважають ситуативні, легко маніпульовані типи соціальної поведінки. Друга стадія – масова протестна поведінка, криза довіри політичним інститутам, міжгрупова нетерпимість, відчуття соціальної незахищеності. Третя стадія – стадія розвитку, яка передбачає два типи соціальної поведінки, ґрунтовані на пошуку індивідуалізованих, власне особистісних стратегічних цілей життєздійснення: успішна зовнішня адаптація, тобто адекватна реакція на зовнішні впливи, але за спрямування на конкретні прагматичні цілі; адекватна внутрішня адаптація, ґрунтована на усталеній незалежності від зовнішніх впливів, прагненні зменшити невизначеність своєї життєвої ситуації.

Різні типи стратегій значною мірою визначають ступінь ефективності пристосування до умов нестабільного суспільства. Проте не можна обмежити ними всю сукупність соціально-психологічних механізмів, які забезпечують ефективність поведінкової активності людей. Доволі вагомий внесок у цей процес вносять чинники, що їх можна визначити як допоміжні. Це насамперед вплив на індивіда найближчого оточення. Найгірше пристосовуються до суспільних негараздів люди, котрі залишаються з кризовою ситуацією сам на сам. Водночас сприятливе мікросередовище, коли людина відчуває підтримку близьких, поділяє з ними складності

життя і намагається виправляти негативну ситуацію спільними зусиллями всіх членів сім'ї, друзів або колег, суттєво підсилює адаптивні можливості. Люди з креативною, перетворювальною стратегією життя виступають зразками ефективного пристосування. Включеність у групу бодай одного чи кількох таких активних діячів допомагає тим, хто пристосовується, наслідувати активну поведінкову модель, а тим, хто уникає перешкод, допомагає усвідомити необхідність більш активної життєвої стратегії. У суспільстві представники такого активного типу стають зразком для формування нових соціальних стереотипів успішності, поширення яких у населення, своєю чергою, допомагає людям, які перебувають у пошуку, коригувати власне бачення ситуації і спрямовувати зусилля у поле ефективних можливостей.

Адаптивні типи поведінки. Говорячи про різні форми поведінки, яких набуває особистість в різних ситуаціях свого життя, слід згадати поняття копінгу. Форма поведінки, що спрямована на оволодівання життєвими проблемами, названа копінг-поведінкою. Концепція копінгу являється однією з центральних в сучасній теорії стресу, а вміння успішно долати стрес розглядається як основний фактор, котрий допомагає людині ефективно справлятися з негативними впливами стресових ситуацій. У широкому розуміння копінг-поведінка – це готовність індивіда вирішувати життєві проблеми, являє собою поведінку, що спрямована на пристосування до обставин, передбачає сформоване вміння використовувати певні засоби для подолання емоційного стресу. Така поведінка є результатом дії соціального середовища, тому що саме в процесі соціалізації людина налагоджує досвід реагування на вимоги середовища. Найпримітивнішими реакціями були втеча, напад, що супроводжуються гнівом та страхом, реакції цього рівня схожі із реакціями тваринного світу. Якщо у тварин поведінкова відповідь на несприятливі умови середовища проявляється найчастіше уникненням цих умов, втечею від загрозливих ситуацій, агресією, то у людини при подоланні стресових ситуацій включаються когнітивні і розумові процеси прийняття адаптаційного рішення. У індивіда спершу виробляється пасивна копінг-поведінка, що являє собою використання різноманіт-

ного арсеналу механізмів психологічного захисту, котрі спрямовані на зниження емоційної напруги, а не на зміну стресової ситуації. Активна копінг-поведінка – це активне подолання, являється цілеспрямованою ліквідацією або ослабленням впливу стресової ситуації. Якщо людина активно долає стресові чинники, то зменшується вірогідність відображення їх наслідків на особистості. Особливості подолання стресових чинників у людей зумовлені особистісними якостями, пов'язаними з Я-концепцією, локусом контролю, емпатією та інші.

Адаптивна поведінка – поведінка спрямована на вирішення важких проблем, конструктивного подолання ситуації невдач. Згідно Е. Heim до адаптивних варіантів поведінки можна віднести: **когнітивні копінг-стратегії** – «Проблемний аналіз», «Установка власної цінності», «Збереження самовладання» – форми поведінки, спрямовані на аналіз труднощів, що виникли і можливих шляхів виходу з них, підвищення самооцінки і самоконтролю, більш глибоке усвідомлення власної цінності як особистості, наявність віри у власні ресурси в подоланні важких ситуацій; **емоційні копінг-стратегії** – «Протест», «Оптимізм» – емоційний стан з активним обуренням і протестом по відношенню до труднощів і впевненістю в наявності виходу в будь-якій, навіть найскладнішій, ситуації; **поведінкові копінг-стратегії** – «Співпраця», «Звернення», «Альтруїзм» – під якими розуміється така поведінка особистості, при якій вона співпрацює зі значимими (більш досвідченими) людьми, шукає підтримки у найближчому соціальному оточенні або сама пропонує її близьким у подоланні труднощів. Типи адаптивної поведінки визначають також і за способами використання суб'єктом ресурсів життєзабезпечення: з опорою на себе; з орієнтацією на підтримку ззовні.

Дезадаптивна поведінка. Дезадаптацію особистості можна розглядати як психологічну систему, що охоплює біологічну, психологічну та соціальну її сторони. При цьому системоутворюючою ознакою, єдиною для дезадаптації особистості повинні бути різні стани та рівні схильності індивіда до сприйняття умов діяльності, його поведінкових готовностей, котрі спрямовують діяльність.

Системний аналіз дозволяє виявити основні напрямки умов пошуку причин, що сприяють формуванню дезадаптивної поведінки, однією з яких є суперечності між установками, ціннісними орієнтаціями, в цілому Я – концепцією особистості і соціальними вимогами до поведінки людини. Основні суспільні вимоги до поведінки людини випливають з гуманістичних принципів, яких необхідно дотримуватися у взаєминах між людьми, щодо культурних цінностей, накопичених у процесі розвитку всіх попередніх поколінь людства, а також по відношенню до результатів предметної та розумової діяльності людей. Витоки освіти деформованих установок і ціннісних орієнтації особистості слід шукати в особливостях взаємовідносин зростаючої людини з матір'ю або іншими значущими дорослими.

На основі аналізу вітчизняних і зарубіжних психологічних концепцій можна стверджувати, що дезадаптивна поведінка особистості складна й різноманітна. Отже, особистість з дезадаптивною поведінкою може характеризуватися наявністю духовних проблем, негативного життєвого досвіду, деформації в емоційній, когнітивній і мотиваційно-потребовій сферах, проблем в області саморегуляції та поведінки. Проблема дезадаптації також може бути пов'язана з внутрішньоособистісними конфліктами і неадекватними психологічними захистами, вона може бути результатом сімейної дисфункції, і, нарешті, дезадаптивной поведінка може бути просто звичкою – дією, яке неодноразово повторювалося і винагороджувалося зовнішньої або внутрішньої вигодою. Можна говорити про те, що дезадаптивна поведінка особистості являє собою складну форму суспільної поведінки, детермінована системою взаємопов'язаних умов та факторів.

Адаптивність у психології як властивість особистості, що пропонує їй діяти шаблонно, стандартно реагувати як на зовнішні, так і на внутрішні збудники активності. Антипод адаптивності – неадаптивність – проявляється при виникненні суперечливих відносин між метою і результатами функціонування системи: коли наміри людини не збігаються з цілями, задуми – з втіленням, спонукання до дії – з його підсумками. Дезадаптованість, на відміну від неадаптивності, має відтінок негативного, контрпродуктивного у поведінці особистості, тоді як неадаптивність може ви-

ражатися в більшості випадків в знаходженні рішень проблеми в продуктивному плані.

Види дезадаптованості особистості (за Осиповим Г.В.):

1. Стійка ситуативна характеризується відсутністю в особи механізмів адаптації, присутністю бажання, але невмінням адаптуватися (це найчастіше відбувається з людьми, які у групі, але ізольованими від неї).

2. Тимчасова характеризується порушенням балансу між особистістю і середовищем, який породжує адаптивну активність особистості

3. Загальна представляє собою стан перманентної фрустрованості, що активізує патологічні захисні механізми психіки.

Питання дезадаптації і дезадаптивної поведінки особистості розкриті в роботах С.А. Беличевої, яка під дезадаптивною поведінкою розуміє таку поведінку, в якій стійко виявляються відхилення від соціальних норм, включаючи відхилення як корисливої, агресивної орієнтації, так і відхилення соціально-пасивного типу.

До соціальних відхилень корисливої спрямованості відносяться правопорушення та проступки, пов'язані з прагненням до матеріальної, грошової, майнової вигоди (розкрадання, крадіжка, спекуляція, протекція і т.д.). Соціальні відхилення агресивної орієнтації проявляються, на думку автора, в діях, спрямованих проти особистості (образа, хуліганство, побої, такі тяжкі злочини, як зґвалтування і вбивство). Відхилення соціально-пасивного типу виражаються в прагненні відходу від активного суспільного життя, в ухиленні від своїх громадянських обов'язків і боргу, небажання вирішувати як особисті, так і соціальні проблеми. До такого роду проявів можна віднести ухилення від роботи і навчання, бродяжництво, вживання алкоголю і наркотиків, токсичних засобів, поглужающих у світ штучних ілюзій і руйнуючих психіку. Крайній прояв соціально-пасивної позиції – самогубство, суїцид.

Таким чином, дезадаптивна поведінка як за змістом, за цільової спрямованістю, так і за ступенем суспільної небезпеки може виявлятися в різних соціальних відхиленнях, починаючи з порушень норм моралі, незначних правопорушень і включаючи тяжкі злочини. Дезадаптивні прояви виражаються не тільки в зо-

внішній поведінкової стороні. До порушення соціальних норм і розвитку дезадаптивної поведінки веде деформація ціннісних орієнтацій та ціннісно-нормативних уявлень, тобто деформація системи внутрішньої регуляції поведінки.

Для розкриття сутності дезадаптації особистості необхідно визначити фактори, які зумовлюють **генезис дезадаптивної поведінки**, а саме **індивідуальний**, що діє на рівні психобіологічних передумов дезадаптивної поведінки, які ускладнюють соціальну адаптацію індивіда; **психолого-педагогічний**, що виявляється в дефектах шкільного і сімейного виховання; **соціально-психологічний**, що розкриває несприятливі особливості взаємодії людини зі своїм найближчим оточенням в сім'ї, на вулиці, в колективі; **особистісний**, який, перш за все, виявляється в активно-вибірковому ставленні індивіда до середовища спілкування, до норм і цінностей свого оточення, до педагогічних впливів сім'ї, школи, громадськості, а також в особистих ціннісних орієнтаціях і особистій здібності до саморегулювання своєї поведінки; **соціальний**, який визначається соціальними і соціально-економічними умовами існування суспільства.

При вивченні способу життя необхідно окремо зупинитись на таких поняттях як життєві стратегії, життєві сценарії та життєві цілі. **Життєва стратегія** – це «символічно опосередковані й такі, що вийшли за своїм впливом за межі свідомості, ідеальні утворення, її орієнтири й пріоритети, що реалізуються в поведінці». Розрізняються елементи і типи життєвих стратегій особистості. До перших належать перспективні, смисложиттєві, ціннісні, нормативні та цільові орієнтації. До других – стратегія життєвого благополуччя, стратегія життєвого успіху й стратегія життєвої самореалізації. В елементах життєвих стратегій, де представлені різні форми ціннісних орієнтацій і де поняття «цінності» має виступати родовим стосовно інших (смисл життя, норми, цілі), ціннісні орієнтації розглядаються лише в переліку інших орієнтирів, як однотипне з іншими за обсягом поняття. В психологічній теорії складовими технологічними елементами життєвої стратегії є поняття «успіх», «досягнення», «самореалізація».

Особистісна стратегія життя – це повторювана в основних сферах життєдіяльності поведінкова активність індивіда, ґрунто-

вана на моделях подолання, пристосування або уникання перешкод, що виникають в процесі досягнення поставлених цілей. Будь-яка перебудова, будь-яке руйнування порядку чи усталеного способу життя супроводжується пристосуванням учасників подій до нових умов. Як правило, ця фаза складається з трьох послідовних етапів: первинне пристосування до ситуації, перебудова старої системи цінностей і норм; соціалізація і ресоціалізація; вторинне пристосування або персоналізація, здійснення життєвих виборів на основі власних потреб і інтересів, на базі власної індивідуальності в більш-менш усталеному соціумі; інтеграція, суб'єктивне включення себе в дане середовище, прийняття його як свого, відчуття тотожності з ним, бажання жити в ньому, солідаризуватися з іншими. На сьогодні головний перспективний напрям формування нових життєвих стратегій – це внутрішньо узгоджене та адекватне зовнішнім впливам наповнення ціннісних орієнтацій відповідними мотивами, установками, типами поведінки.

Життєвий сценарій. Ерік Берн першим запропонував ідею про те, що кожна людина має одну або кілька основних життєвих позицій або « життєвих сценаріїв «.Ці сценарії, диктують нам і наші вчинки, і наша поведінка в цілому, і наші стосунки з іншими людьми. Е. Берн визначив його, як «несвідомий життєвий план», який складається ще в дитинстві і має в нашій уяві чітку, як у п'єсі структуру: початок, середину і фінал. Проходження життєвого плану, нехай навіть несвідоме, дає нам ілюзію «звичності», а значить, контролю над ситуацією і безпеки. Концепція про те, що дитячі враження сильно впливають на патерни поведінки дорослих людей, є центральною в багатьох напрямках психології. У теорії сценарію, крім того, є ідея, згідно з якою дитина складає певний план свого життя, а не просто формує основні погляди на життя. Цей план складається у формі драми, що має чітко визначені початок, середину і кінець.

Іншою відмінною рисою теорії життєвого сценарію є те, що план життя «досягає кульмінації в обраній альтернативі». Складові частини сценарію, починаючи з першої сцени, служать для того, щоб привести сценарій до заключної сцени. У теорії сценарію за-

ключна сцена отримала назву розплати за сценарій. Теорія говорить про те, що при програванні людиною життєвого сценарію вона несвідомо обирає типи поведінки, які наблизять її до розплати за сценарій.

Сценарій – це «план життя, складений у дитинстві», отже, дитина сама приймає рішення про свій сценарій. На рішення про вибір життєвого сценарію впливають не тільки зовнішні фактори, але й воля дитини. Навіть тоді, коли різні діти виховуються в одних і тих же умовах, вони можуть скласти абсолютно різні плани свого життя. У зв'язку з цим Берн наводить випадок з двома братами, яким мати сказала: «Ви обидва потрапите до психлікарні». Згодом один з братів став хронічним психічно хворим, а інший психіатром. Термін «рішення» у теорії життєвого сценарію використовується у значенні, відмінному від того, яке звичайно приводиться в словнику. Дитина приймає рішення про свій сценарії в результаті почуттів до того, як починає говорити. При цьому дитина використовує доступні їй в тому віці способи тестування реальності. Хоча батьки не можуть змусити дитину прийняти якісь рішення, вони тим не менше чинять на дитину сильний вплив, передаючи їй вербальні і невербальні послання. На основі цих послань дитина формує свої уявлення про себе, інших людей і життя, які утворюють основний зміст сценарію. Таким чином, сценарій підкріплюється батьками. Життєвий сценарій лежить поза межами усвідомлення, тому в дорослому житті людина ближче всього може підійти до спогадів про дитинство за допомогою снів і фантазій. Проживаючи свої сценарні рішення в поведінці, людина, тим не менш, не усвідомлює їх. Відповідно до своєї компетенції людина часто інтерпретує реальність з тим, щоб їй здавалося, що вона виправдовує її сценарні рішення. Людина так чинить тому, що в его-стані Дитини сприймає будь-яку загрозу своєму сценарному уявленню про світ як перешкоду у задоволенні її потреб і навіть як загрозу існуванню.

Вивчаючи питання походження сценарію, Стен Вуллемс виділив дві найважливіші **особливості формування життєвого сценарію:** сценарні рішення являють собою найкращу стратегію дитини **з метою виживання в світі**, який часто здається їй ворожим і на-

віть загрозливим для її життя; сценарні рішення приймаються відповідно до емоцій дитини та її способу тестування реальності.

Життєвий сценарій має зміст і процес. Зміст сценарію кожної людини унікальний, як і відбитки пальців. У той час як сценарний процес поділяється на відносно невелике число певних патернів. За змістом сценарії можуть бути: сценарій переможця, сценарій переможеного і сценарій непереможця або банальний. Переможцем Берн називав «того, хто досягає поставленої перед собою мети». Роберт Гулдінг додає: «... і в результаті цього перетворює життя». Під перемогою розуміється також те, що поставлена мета досягається легко і вільно. Переможений – це «людина, яка не досягає поставленої мети». І знову справа полягає не тільки в досягненні мети, але й в ступені супутнього комфорту. Якщо, наприклад, людина вирішила стати мільйонером, стала ним, але постійно відчуває себе нещасною через виразку шлунка або напружену роботи, то вона – переможений. Берн однозначно визначив переможця і переможеного в їх відношенні до досягнення поставленої мети, тому що він хотів підкреслити, що переможців не можна просто прирівнювати до тих, хто накопичує гроші і матеріальні цінності, а переможеними не обов'язково є люди, які не мають матеріальних цінностей.

У залежності від трагічності фіналу сценарії переможених можна класифікувати за трьома ступенями. Сценарій переможеного першого ступеня – це сценарій, в якому невдачі і втрати не настільки серйозні, щоб їх обговорювати в суспільстві. Наприклад, повторювані сварки на роботі, невелика депресія або невдача на іспитах при вступі до інституту. Переможені з другим ступенем відчувають неприємні відчуття, досить серйозні, щоб їх обговорювати в суспільстві. Це може бути звільнення з роботи, виключення з університету, госпіталізація з приводу тяжкої хвороби і т.д. Сценарій третього ступеня призводить до смерті, каліцтва, серйозної хвороби (в тому числі і психічної) або суду. Такі сценарії називаються хамартичними.

Людина, яка має сценарій непереможця, день у день терпляче несе свою ношу, не багато при цьому виграючи і не сильно програючи. Така людина ніколи не ризикує. Тому такий сценарій називають банальним. На роботі непереможець не стає начальником, але його і не звільняють. Він, швидше за все, спокійно до-

працює до кінця, отримає в подарунок годинник на мармуровій підставці і піде на пенсію. Усвідомлення сценарію дає можливість переробити його і стати переможцем там, де вирішив бути переможеним. У дорослому житті людина дотримується дитячих рішень тому, що все ще сподівається вирішити основне питання, яке залишилося невирішеним у його дитинстві: як домогтися любові та уваги. Це одна з основних причин, хоча і не єдина. Стен Вуллемс стверджує, що чим більше стрес, тим більше ймовірність входження людини в сценарій. Вуллемс запропонував 10-ти бальну шкалу стресу. Розшифровка власного сценарію дозволяє людині витримувати великі стресові навантаження перш, ніж вона почне діяти у відповідності зі сценарієм.

Потрібно відрізняти сценарій і курс життя. Берн писав: «Сценарій – це те, що людина запланувала здійснити в ранньому дитинстві, а курс життя – те, що реально відбувається». Курс життя є результатом взаємодії чотирьох факторів: спадковості, зовнішніх подій, сценарію, автономних рішень.

Життєва ціль. Значимість життєвої цілі як змістоутворюючого чинника людської поведінки відзначали багато видатних мислителів. Безліч прикладів, які свідчать про вплив життєвої цілі на процес структурування людського життя, наводить у своїй книзі «Людина у пошуках сенсу» В. Франкл. Однак, незважаючи на значимість категорії «життєві цілі», вітчизняних робіт, в яких був би здійснений її систематичний аналіз, небагато. Якщо розглядати життя як просторово-часової континіум, в межах якого людина може самореалізуватися, (тобто реалізувати закладені в ній потенції), то життя являє собою безперервний процес усвідомленого здійснення різноманітних справ, рішення ситуацій, що забезпечують бажану спрямованість життя. При цьому ступінь впливу індивіда на власне життя може бути дуже різною. В одному випадку людина регулює, організовує свій життєвий шлях як ціле, підлегле ясно усвідомленим цілям, цінностям, перетворює обставини, направляє хід життя, сама формує свою життєву позицію, намагається здобути незалежність від зовнішніх вимог, тисків, спокус. Таке життя перестає бути випадковим чергуванням подій, вона починає залежати від активності особистості, здатності індивіда орга-

нізувати ці події або додати їм бажаний напрям. У цьому випадку ми говоримо про те, що у людини є якась життєва ціль, і вона прагне її реалізувати.

В іншому випадку життя людини повністю залежить від зовнішніх обставин, вона не може, а найголовніше, не хоче їх передбачити, не прагне спрямовувати своє життя, віддаючи її в руки фортуни. Такі люди легко забувають про власні цілі, плани, їх життя являє собою ланцюг несподіваних, випадкових вчинків. Зустрічаючись з таким індивідом, ми говоримо, що у нього немає життєвої цілі. Між цими двома полюсами розташовується безліч проміжних типів. Таким чином, поняттям «життєва ціль» позначається якась ідеальна модель власного життя в її основних проявах. Життєві цілі можна охарактеризувати як цілі, поставлені людиною на певний часовий інтервал життєдіяльності (або на весь життєвий цикл), котрі виражають її корінні інтереси на даному етапі і підкоряють собі всі інші цілі і дії як засоби.

До складу життєвої програми входять: життєві ідеали, що моделюють основні напрямки самоздійснення; життєві сценарії, що розподіляють основні події життя з тимчасової осі; життєві стратегії, що включають методи, способи і засоби, використання яких припустимо для досягнення життєвих цілей, і, нарешті, на самому верху айсберга знаходяться усвідомлювані життєві цілі. Говорячи про життєві цілі, як елементи спонукальної сфери, потрібно відразу ж вказати на їх своєрідність, обумовлену складністю взаємозв'язків з різними підсистемами особистості. По-перше, життєві цілі так чи інакше пов'язані з системою фундаментальних потреб людини. По-друге, життєва ціль є формою вираження – більшменш адекватного – життєвого ідеалу, який входить у смислову сферу особистості. І нарешті, по-третє, індивід формує свої життєві цілі на основі самопізнання і самооцінки своїх здібностей. Таким чином, життєві цілі з'єднують всі сфери і рівні особистості. Слід зазначити, що наявність життєвої цілі має суттєве значення не тільки для організації процесу діяльності, але і для нормального самовідчуття особистості в цілому. Причому мова йде не тільки про якесь ситуативне самовідчуття, але і про такі значущі для індивіда чинники, як сенс життя в цілому.

Слід розрізняти ціль діяльності і життєву ціль. Людині доводиться виконувати у своєму житті безліч різноманітних дій, реалізуючи різні цілі. Але ціль будь-якої окремої діяльності розкриває лише одну сторону спрямованості особистості, яка виявляється у цій діяльності. Життєва ціль виступає в ролі загального інтегратора всіх приватних цілей, пов'язаних з окремими діяльностями. Реалізація кожної приватної цілі є разом з тим частковою реалізацією (і в той же час розвитком) загальної життєвої цілі. Вироблення життєвих цілей є важливим чинником організації внутрішнього світу людини. Однак не менш важливо, наскільки наявні об'єктивні умови забезпечують можливість реалізації цієї програми. Життєва програма людини може бути вибудувана нею самою, може являти собою продукт взаємодії свідомих зусиль індивіда і зовнішніх впливів і може бути цілком продукована ззовні. Останній варіант зустрічається набагато частіше, ніж може здатися на перший погляд. Психологи стверджують, що знати свої справжні бажання набагато важче, ніж здається більшості з нас. Це одна з найважчих проблем людського буття. Ми відчайдушно намагаємося піти від цієї проблеми, беручи стандартні цілі за свої власні. Сучасна людина готова піти на величезний ризик, намагаючись досягти мети, яку інші вважають її метою, але надзвичайно боїться ризику і відповідальності задати собі справді власні цілі.

Свідоме ставлення до формування життєвої програми (і її основного ядра – системи життєвих цілей) передбачає вміння співвіднести свою життєву програму з громадськими цілями та програмами, чітке визначення інтервалу досяжності цілей та придатності (у тому числі і моральної) можливих і використовуваних засобів. Життєва програма людини так чи інакше пов'язана з наявними у неї уявленнями про її життєве покликання. Саме усвідомлене покликання надає доцільності, осмисленості і перспективності життєвому шляху. Цілі людини можуть бути зосереджені переважно на її власних потребах і інтересах. Також вони можуть бути пов'язані з потребами та інтересами певних – соціальних, професійних – спільностей людей, чи з потребами суспільства в цілому.

2.1.4 Якість життя. Умови життя як чинники впливу на здоров'я

Якість життя (англ. – quality of life, скор. – QOL; ньому. – Lebensqualitat, скор.LQ) – категорія, за допомогою якої характеризують істотні обставини життя населення, що визначають ступінь гідності та свободи особистості кожної людини. Вона є системою показників, що характеризують ступінь реалізації життєвих стратегій людей, задоволення їх життєвих потреб. ВООЗ визначає якість життя як сприйняття людьми свого положення в житті залежно від культурних особливостей і системи цінностей та в зв'язку з їхніми цілями, очікуваннями, стандартами, турботами. Також вона пропонує **оцінювати якість життя** по параметрах: **фізичні**: енергійність, втома, фізичний дискомфорт, сон і відпочинок; **психологічні**: самооцінка, концентрація, позитивні емоції, негативні переживання, мислення; **ступінь незалежності**: повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків і лікування; **життя в суспільстві**: повсякденна активність, соціальні зв'язки, дружні зв'язки, суспільна значущість, професіоналізм; **навколишнє середовище**: житло та побут, безпека, дозвілля, доступність інформації екологія (клімат, забрудненість, густонаселеність); **духовність і особисті переконання.**

Державна робота з визначення і реалізації заданої якості життя ведеться через законодавче введення **стандартів (індексів) якості життя**, які зазвичай включають три блоки комплексних індикаторів. **Перший блок** індикаторів якості життя характеризує здоров'я населення і демографічне благополуччя, які оцінюються за рівнями народжуваності, тривалості життя, природного відтворення. **Другий блок** відображає задоволеність населення індивідуальними умовами життя (достаток, житло, харчування, робота тощо), а також соціальна задоволеність станом справ в державі (справедливість влади, доступність освіти і охорони здоров'я, безпека існування, екологічне благополуччя). Для їх оцінки використовуються соціологічні опитування представницьких вибірок з населення. Об'єктивним індикатором крайньої незадоволеності служить рівень самогубств. **Третій блок** індикаторів оцінює духовний стан суспільства. Рівень духовності визначається за характером, спектром і числом творчих ініціатив,

інноваційних проектів, а також за частотою порушень загальнолюдських моральних заповідей: «не убий», «не вкради», «Шануй батька і матір своїх», «не сотвори собі кумира» та ін. В якості одиниць вимірювання використовуються дані офіційної статистики про соціальні аномалії, які вважаються «гріхом» – порушення відповідних заповідей: вбивства, грабежі, тяжкі тілесні ушкодження, кинуті літні батьки і діти, алкогольні психози. Там, де такі провини зустрічаються частіше, рівень морального стану гірше.

Якість життя – це категорія не настільки стандартизована, як поняття «Якість», представлене у міжнародних стандартах ISO. Кожне співтовариство розробляє це поняття самостійно, виходячи зі своїх ідеалів. У багатьох країнах ідея якості стала національною ідеєю. Під якістю життя розуміється, як правило, фінансова безпека спільноти, єдність з природою, відповідальність перед майбутніми поколіннями і багато іншого.

Якість життя – це ступінь розвитку і повнота задоволення всього комплексу потреб та інтересів людей, що виявляються як у різних видах діяльності, так і в самому життєвідчуванні. Проблема якості життя включає в себе умови, результати і характер праці, демографічні, етнографічні та екологічні аспекти існування людей. Якість життя для людей невідривна від цілей, які вони ставлять перед своїм життям, тобто, пов'язане з ефективністю життя в широкому сенсі слова, і не тільки з задоволенням своїм особистим життям, але і з вдоволеністю своїм становищем у країні і в світі, яка відбивається на самопочутті людей.

І методологічно, і для практичних цілей дуже важливо оцінити якість життя не тільки в цілому, але і по кожній з її основних сфер. До таких сфер належать: трудове життя; сфера розвитку здібностей людей; сімейне життя; побут і підтримка здоров'я; життя непрацездатних; дозвілля; навколишнє середовище.

2007 року Україна за якістю життя посіла 57 місце серед 63 країн світу. У рейтингу країн Україна на 62 місці з охорони здоров'я; на 52 місці з добробуту; на 49 місці з довкілля разом з Азербайджаном, Білоруссю, Грецією, Ісландією, Росією, США, Угорщиною і Чехією; на 44 місці з суспільства разом з Естонією, Македонією, Пакистаном, і Уругваєм; та на 34 місці з освіти ра-

зом з Литвою, Росією і Чилі. Якість життя в Україні – одна з найгірших серед усіх європейських країн, а також усіх країн колишнього СРСР, які увійшли рейтингу. Така оцінка відповідає результатам аналогічних досліджень авторитетних міжнародних організацій: Україна посідала 78 місце зі 177 за Індексом людського розвитку ООН, 98 зі 111 за Індексом якості життя журналу The Economist і 174 із 178 за Індексом щастя Фонду нової економіки. Однак за рейтингом журналу «Newsweek», опублікованим у серпні 2010, Україна серед 100 найкращих країн світу займала вже 49 місце, випереджаючи зокрема Росію (51) місце та Білорусію (56 місце).

Умови життя як чинники впливу на здоров'я. Здоров'я людини залежить від багатьох факторів: кліматичних умов, стану навколишнього середовища, забезпечення продуктами харчування і їх цінності, соціально-економічних умов, а також стану медицини. Доведено, що приблизно на 50% здоров'я людини визначає спосіб життя. Негативними його чинниками є шкідливі звички, незбалансоване, неправильне харчування, несприятливі умови праці, моральне і психічне навантаження, малорухомий спосіб життя, погані матеріальні умови, незгода в сім'ї, самотність, низький освітній та культурний рівень тощо.

Здоров'ю людини загрожують: негативні наслідки науково-технічної революції і урбанізації; антропогенне забруднення природного середовища; погіршення генетичного фонду популяції; недостатнє забезпечення продуктами харчування; нездоровий спосіб життя; неефективність медичних профілактичних заходів, низька якість медичної допомоги. Негативно позначається на формуванні здоров'я і несприятлива екологічна обстановка, зокрема забруднення повітря, води, ґрунту, а також складні природно-кліматичні умови (частка цих чинників до 20%). Істотне значення має стан генетичного фонду популяції, схильність до спадкових хвороб. Це ще близько 20%, які визначають сучасний рівень здоров'я населення. Безпосередньо на охорону здоров'я з її низькою якістю медичної допомоги припадає всього 10% «внеску» в той рівень здоров'я населення, що ми його сьогодні маємо.

Причинами порушення нормальної життєдіяльності організму і виникнення патологічного процесу можуть бути абіотичні (властивості

неживої природи) чинники навколишнього середовища. Очевидний зв'язок географічного розподілу низки захворювань з кліматогеографічними зонами, висотою місцевості, інтенсивністю випромінювань, переміщенням повітря, атмосферним тиском, вологістю повітря тощо. На здоров'я людини впливає біотичний (властивості живої природи) компонент навколишнього середовища у вигляді продуктів метаболізму рослин та мікроорганізмів, патогенних мікроорганізмів (віруси, бактерії, гриби тощо), отруйних речовин, комах та небезпечних для людини тварин. Патологічні стани людини можуть бути пов'язані з антропогенними чинниками забруднення навколишнього середовища: повітря, грунт, вода, продукти промислового виробництва. Сюди також віднесено патологію, що пов'язана з біологічними забрудненнями від тваринництва, виробництва продуктів мікробіологічного синтезу (кормові дріжджі, амінокислоти, ферментні препарати, антибіотики тощо).

Суттєво на стан здоров'я населення впливають чинники соціального середовища: демографічна та медична ситуації; духовний та культурний рівень; матеріальний стан; соціальні відносини; засоби масової інформації; урбанізація; конфлікти тощо. Початок XXI ст. ознаменувався тим, що внаслідок науково-технічної революції і урбанізації нашої планети навколишнє середовище неухильно погіршується і люди вже неспроможні адаптуватися до цих швидких і глобальних змін. Крім того, постала проблема демографічного вибуху і обмеженості природних ресурсів та життєвого простору Земної кулі. Щорічно чисельність людей на Землі зростає на 75-80 млн осіб. Це потребує щорічного зростання виробництва продовольства на 24-30 млн т. У багатьох районах світу, особливо в економічно слаборозвинених країнах, виробництво продуктів харчування більше не в змозі задовольнити потребу населення, в результаті чого голодування стало постійним явищем. Загальне якісне і кількісне недоїдання сприяє виникненню епідемій, гострих інфекційних захворювань, паразитарних захворювань. Не меншу загрозу для людства становить антропогенне забруднення природного середовища. Хімічне, радіоактивне та бактеріологічне забруднення повітря, води, ґрунту, продуктів харчування, а також шум, вібрація, електромагнітні поля, іонізуючі випромінювання тощо викликають в організмах людей тя-

жкі патологічні явища, глибокі генетичні зміни. Це призводить до різкого збільшення захворювань, передчасного старіння й смерті, народження неповноцінних дітей. На фоні дії негативних факторів навколишнього середовища на організм людини виникають такі захворювання, як онкологічні, серцево-судинні хвороби, дистрофічні зміни, алергія, діабет, гормональні дисфункції, порушення у розвитку плоду, пошкодження спадкового апарату клітини.

Людина, яка має міцне здоров'я, справедливо вважає, що їй пощастило. Але коли мова йде про захворюваність і смертність населення, то справа тут в іншому. Соціальні та економічні умови, які це забезпечують людей нормальним харчуванням, чистою водою і задовільними санітарно-гігієнічними нормами, в кінцевому результаті позначається на стані здоров'я населення. Не менший вплив чинять на нього виробничі процеси, в яких ігноруються факти забруднення робочих місць на підприємствах або його місцевість різноманітними небезпечними відходами. Неправильне харчування, вживання спиртних напоїв, куріння, недостатнє фізичне навантаження лежать в основі багатьох поширених хвороб. А Це, у свою чергу, пов'язане з економічними умовами і політикою держави.

Перелічені вище умови середовища визначають стан здоров'я населення. Там, де домінують голодування і бруд, інфекційні хвороби і висока дитяча смертність – явище звичайне. Переїдання, сидячий спосіб життя і куріння позначаються на здоров'ї середнього покоління, сприяють розвитку захворювань серцево-судинної системи і пухлин. Там, де виробничий процес не контролюється, у шахтах, на заводах і у полі робітників чекають професійні захворювання і рання смерть.

Внаслідок катастрофічного погіршення стану навколишнього середовища загальний рівень здоров'я населення України в останні роки різко знизився. Значно збільшилась кількість серцево-судинних захворювань, особливо інфаркту-міокарда, ішемічної хвороби серця, судинних захворювань мозку, бронхіальної астми, діабету, алергічних захворювань та захворювань органів травлення, захворювань на рак. Порушилися генетичні процеси, народження дітей з різними спадковими хворобами збільшилось у два-чотири рази. Смертність перевищила народжуваність. За

останні п'ять років тривалість життя чоловіків зменшилась з 64 до 57 років, жінок,– з 74 др 70 років. Звичайно, дуже важко створити абсолютно ідеальні умови для здоров'я. З розвитком людського суспільства розвиваються хвороботворні агенти, а біологічні, геологічні і хімічні умови навколишнього середовища змінюються значно швидше там, де порушується природна рівновага. Виявити небезпеки, які криються в навколишньому середовищі, зрозуміло, значно легше, ніж усунути їх. Ключ до вирішення питань про вплив навколишнього середовища на здоров'я – в надрах економіки, політики, у способі життя і взаємовідносин людей з їхнім природним оточенням. Здоров'я населення, як дзеркало, відображає обличчя суспільства.

2.1.5 Нездоровий спосіб життя або саморуйнівна поведінка

Нездоровий спосіб життя – набагато глибша і серйозніша проблема, ніж здається на перший погляд. Розглянемо це на прикладі рухової активності та харчування. Отже, здоров'я тісно взаємопов'язане із рівнем рухової активності. В далекому минулому наші предки для здобуття їжі, при боротьбі із ворогами і т.п. повсякденно вимушені були стикатися із значними м'язовими навантаженнями, руховою активністю. Внаслідок цього виявилося, що опорно-руховий апарат, функції нервової системи, органів кровообігу та дихання, діяльність залоз внутрішньої секреції можуть повноцінно розвиватися і підтримуватися на належному рівні тільки при наявності достатнього систематичного м'язового навантаження.

Значення м'язевого навантаження для організму особливо зростає при **гіподинамії** (зниженні м'язових зусиль) та при **гіпокінезії** (зниженні рухової активності). Недостатня рухова активність супроводжується атрофією і дегенерацією скелетних м'язів. М'язеві волокна стають тоншими, вага м'язів зменшується, знижаються м'язева сила, тонус м'язів і т.д. В результаті гіпокінезії/гіподинамії спостерігаються суттєві зміни у вигляді порушень координації рухів. Порушення рухових функцій проявляється у вигляді збільшення амплітуди коливань центру тяжкості, злагодже-

ності рухів при ходьбі, що пояснюється не стільки змінами стану самих м'язів, скільки порушенням координації їх діяльністю нервової системи. Тривала гіпокінезія відображається і на функціях ряду сенсорних систем. Зокрема, відмічається порушення стану зорового, вестибулярного і рухового аналізаторів. Крім того, спостерігаються також зміни у системі кровообігу, зменшення розмірів серця, зменшення ударного і хвилинного об'ємів крові, пришвидшення пульсу, зменшення маси циркулюючої крові, подовження часу її колообігу. Зовнішнє дихання у спокої характеризується при гіпокінезії зменшенням об'ємів легеневої вентиляції і зниженням на 5-20% основного обміну. Під час м'язевої роботи економність вегетативних функцій знижується, внаслідок чого при тих самих м'язевих навантаженнях збільшується як запит у кисні, так і киснева недостача. Спостерігається зниження функцій ендокринних залоз, а саме наднирників. Одноманітний малорухливий стан організму може призводити поступово до згладжування змін добового режиму пульсу, температури і деяких інших функцій. Для організму рухова активність – це фізіологічна потреба. Кожний прояв рухової активності індукує утворення метаболітів, котрі необхідні для нормального функціонування організму. Без достатнього об'єму рухів організм не може накопичувати енергію, необхідну для нормальної життєдіяльності і протистояння стресу. Дійсно, м'язова напруга, контрастні температурні впливи, сонячна радіація, помірна гіпоксія – все це стрес, котрий в певній мірі необхідний, корисний організму.

Переїдання (**гіперфагія**) – основна причина ожиріння сучасного населення, яке входить в структуру метаболічного синдрому Х (артеріальна гіпертензія, абдомінальне ожиріння, дисліпідемії, що викликають атеросклероз, ІХС, цукровий діабет ІІ типу, мікроальбумінурія та ін..). Соціальною проблемою ожиріння стало в останній чверті ХХ століття у країнах із високим рівнем економічного розвитку. Ожиріння значно зменшує тривалість життя: при невеликому надлишку в середньому на 3-5 років, при вираженому – на 15.

В 1962році Джеймс Ніл вперше запропонував застосовувати термін «бережливий генотип» при описанні факторів, котрі спри-

яють відкладенню жиру в період стресу, що дає переваги для виживання організму. В період харчового надлишку «бережливий генотип» може призвести до ожиріння. У осіб, що схильні до ожиріння, рівень основного обміну і спонтанної рухової активності нижче середнього. В етіопатогенезі ожиріння мають значення порушення нормального ритму харчування, вживання основного об'єму калорій у другій половині дня, рідкі прийоми їжі. Гіподинамія та психоемоційні навантаження слугують основним пусковим механізмом на фоні конституційної схильності до ожиріння.

Важливе значення посідає **недосипання** у розвитку ожиріння. Для нормального функціонування у соціумі людина має спати близько 8 годин на добу. Якщо у людини є безсоння (тобто спить 2-3 рази на тиждень менше 6,5 годин на добу), це є фактором ризику. Недосипання небезпечно тим, що при цьому зменшується кількість лептину (відповідає за почуття насичення), а збільшується кількість греліну (відповідає за почуття голоду). Через це особи, що недосипають, тобто майбутні хворі ожирінням, частіше їдять в проміжках між основними прийомами їжі і дуже полюбляють солодке,відбувається значне вуглеводне перенавантаження.

Гіпераліментація, нашаровуючись на конституційну схильність до розвитку ожиріння, в подальшому призводить до порушення обміну речовин, що, в свою чергу, призводить до вторинних соматичних порушень. Таким чином, аліментарно-конституційне ожиріння і порушення харчової поведінки можна розглядати як взаємовідношення всередині єдності, що відображає зв'язок соматичних і психічних складових в контексті єдиної проблеми – проблеми харчової аддикції. Ожиріння визначається як накопичення жиру в організмі, що призводить до збільшення маси тіла на 15-20% і більше від середніх нормальних величин. Для розрахунку використовують індекс маси тіла (ІМТ), важливими також є показники об'єму талії у жінок і чоловіків, співвідношення об'ємів талії до стегон. Об'єм талії для жінок при абдомінальному ожирінні є більшим за 89 см, об'єм для чоловіків – більше 102см. Співвідношення об'єму талії до об'єму стегон для жінок має бути не більше 0,85, інакше є ознакою абдомінального ожиріння за критеріями ВООЗ, для чоловіків 0,9. ІМТ більше 30 є свідченням ожи-

ріння за критеріями ВООЗ. Люди з ожирінням зазвичай знаходяться у стані постійного напруження та стурбованості, періодично виникають напади гніву чи страху, що змінюються сльозливістю. Характерними є раптові напади голоду, бажання з'їсти щонебудь солодке, а при неможливості задовольнити потребу виникає тривога, знижується настрій, тимчасова ангедонія. Можлива наявність періодичного головного болю, вегетативних порушень, еректильної дисфункції. До виникнення органічного підґрунтя (таких як цукровий діабет II типу, артеріальна гіпертензія) відзначається високий рівень тривоги та низький рівень депресії. Після виникнення соматичного захворювання підвищується рівень депресії та знижується тривога. Якраз на даному етапі у людини виникає зміна цілей життя, всі невдалі життєві ситуації починають пояснюватися з позиції «я хворий».

Саморуйнівна поведінка як спосіб життя. Саморуйнівна поведінка – неусвідомлювана поведінка людини, що виникає внаслідок несвідомого бажання покарати себе за якийсь ганебний вчинок та має деструктивні прояви, що найімовірніше призведуть до соматичних або психічних порушень чи травм. Як у самопокаранні, так і низці інших факторів, науковці вбачають джерело психосоматичних захворювань. Яким чином нездоровий спосіб життя та самопошкоджуючу поведінку можна віднести до психосоматичних розладів? Значення терміну «психосоматичний розлад» логічно випливає зі слів, що його складають («душа» і «тіло») – це розлади у функціонуванні внутрішніх органів чи систем людини, формування і перебіг яких безпосередньо пов'язані з особливостями психічного реагування особистості або під впливом психічної травми, стресу та інших потужних психологічних чинників.

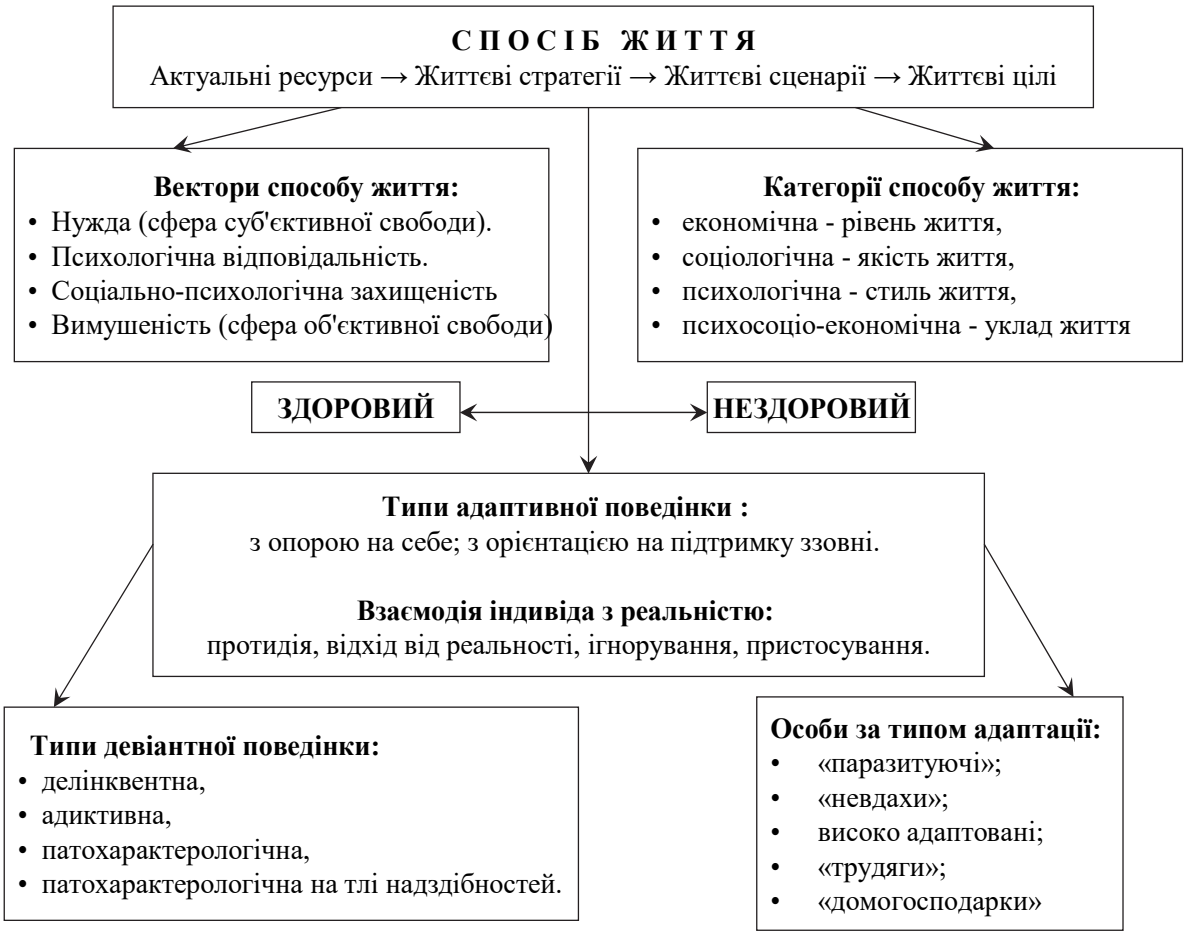
Отже, людина, що веде нездоровий спосіб життя чи має тенденції до самопошкоджуючої поведінки, такою поведінкою реагує на стрес чи психотравмуючу ситуацію, якщо не знаходить оптимального адаптивного шляху виходу із ситуації, що склалась. Ще E.Bleuler запропонував умовний розподіл пацієнтів з психосоматичними розладами на 3 основні групи.

До першої, на його думку, належать психосоматози, що ґрунтуються на первинній тілесній реакції, яка виникла внаслідок пе-

реживань, пов'язаних з патологічними змінами в органах. Характерно, що такі захворювання переважно виникають в ранньому юнацькому віці, а в подальшому – набувають хронічного перебігу з рецидивами, які виникають внаслідок істотного психічного стресу. Відзначається спадкова схильність до виникнення таких захворювань. До цієї групи захворювань належить «чиказька сімка» Ф.Александера.

Формалізована структура змісту теми

Спосіб життя



У другу групу автор зараховує психосоматичні функціональні синдроми (соматизовані форми неврозів). Особливість цих розладів полягає в тому, що вони є наслідком фізіологічного відображення емоцій або психічних станів. У першу чергу йдеться про ендогенні депресії, симптоми яких імітують симптоми певного соматичного захворювання. Окрім прихованої депресії, до цієї

групи належать мігрень, сексуальні дисфункції та психогенні розлади функціонування органів дихання (бронхіальна астма), серцево-судинної системи (психогенні болі у серці або тахікардія), органів травлення (психогенні закрепи, діарея).

У третю групу, на думку автора, варто віднести розлади, пов'язані з особливостями емоційно-особистісного реагування або поведінки пацієнта, в результаті яких виникає порушення здоров'я. Окрім поведінки, скерованої на саморуйнування: алкоголізм, наркоманія, паління тютюну, токсикоманія, розлади харчування, – до цієї групи належить схильність до підвищеного травмування. Отже, «хвороби цивілізації» та «екстемальний» спосіб життя в сучасному агресивному соціумі є саморуйнуючою поведінкою «людини розумної».

Запитання для самостійної роботи

1. Спосіб життя.
2. Здоровий спосіб життя.
3. Основні складові здорового способу життя.
4. Якість життя.
5. Умови життя як чинники впливу на здоров'я.
6. Структурно-функціональна характеристика способу життя
7. Життєві стратегії та життєві сценарії
8. Нездоровий спосіб життя або саморуйнівна поведінка

Альтернативно-тестові завдання для самоконтролю

1. Оцінка ефективності по формуванню здорового способу життя визначається за:

a- Проміжним та кінцевим результатом;

b- Смертністю населення ;

c- Захворюваністю населення;

d- Рівнем освіти населення.

2. Головний показник по формуванню здорового способу життя:

а- Якість медичної допомоги населенню;

б- Результативні показники фізичного та психічного здоров'я населення;

в- Наявність гігієнічних знань у населення;
г- Якість профілактичної роботи серед населення.

3. Зазначте, якої моделі навчання здорового способу життя не існує:
а) медична модель;
б) освітня модель;
г) радикально-політична модель;
д) модель самопідсилення.

4. Зазначте фактори, що впливають на здоров'я:
а) умови й спосіб життя;
б) спадково-генетичні;
в) природно-екологічні;
г) медико-організаційні;
д) усі перелічені.

5. Зазначте соціально-економічні фактори, що впливають на здоров'я:
а) умови життя та праці;
б) економіко-політична ситуація;
в) організація й доступність медичної допомоги;
г) усі перелічені.

6. Зазначте, до якого типу належать біогенетичні та психологічні фактори ризику:
а) індивідуальні фактори ризику;
б) соціокультурні фактори ризику;
в) юридичні фактори ризику;
г) терапевтичні фактори ризику.

7. Основне місце у структурі загальної смертності займають:
а) травми;
б) хвороби системи кровообігу;
в) хвороби органів дихання;
г) онкологічні захворювання.

8. На здоров'я населення найсуттєвіше впливають такі фактори:

а) організація медичної допомоги;

б) навколишнє середовище;

в) біологічні фактори;

г) спосіб життя;

д) усе перелічене.

9. Стан спокою або активної діяльності, що сприяє відновленню працездатності, називається:

а) сном;

б) відпочинком;

в) пильнуванням;

г) стомленням.

10. Систематичне недосипання призводить:

а) до хвороби суглобів;

б) до хвороби очей;

в) до перевтоми;

г) до підвищеної активності.

Завдання та проблемні ситуації

Який зв'язок психології здоров'я людини зі способом її життя?

Чим відрізняється здоровий та нездоровий спосіб життя?

Традиційні та сучасні тенденції щодо оцінювання способу життя людини. Переваги та недоліки.

Які риси особистості притаманні людям із саморуйнівною поведінкою? Які з них і коли можна спостерігати у здорових людей?

Провести рольову гру – спосіб життя і вплив на психологічне здоров'я людини

Література

Основна:

1.Закон України «Про психіатричну допомогу». – К.: Сфера, 2000. – 50 с.

2.Закони України про охорону здоров'я: Збірник нормативно-правових актів. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 464 с.

3.Максименко С.Д., Піроженко Т.О., Пророк Н.В., Папуча М.В. Психологічний портрет особистості дитини:вікові періоди Київ: "Видавництво Людмила", 2021. 104 с.

4.Максименко С. Д., Максименко К. С., Папуча М. В. Психологія особистості: підручник. Київ: ТОВ «КММ», 2007. 296 с.

5.Maksimenko S.D. Kokun O.M. Features of the components of students' psychophysiological readiness to work as teachers, Idōkan Poland Association "IDO MOVEMENT FOR CULTURE. Journal of Martial Arts Anthropology", Vol. 21, no. 2 (2021), pp. 11–18

6.Maksimenko S.D. Kokun O.M. Principles of website design for professional psychological diagnosis in different specialities. Information Technologies and Learning Tools / Institute of Information Technologies and Learning Tools of NAES of Ukraine. – 2019. – Vol. 73., № 5. – P. 284-294.

7.Maksimenko S.D.,Serdiuk L. Psychological Potential of personal self-realization.Social Welfare.Interdisciplinary Approach,6(1),93-100

8.Sergiy D. Maksymenko,Mykola B.Yevtukh,Yaroslav V.Tskekhmister, Kseniia S.Maksymenko, Olena O.Lazurenko.Psychology and Pedagogics:Text-book.- K.:Publishing house 'Slovo',2012.-520 p.

9.Максименко С.Д., Максименко К.С.. Папуча М.В. Психологія особистості: Підручник. – К.: ТОВ «КММ», 2007. – 296с.

10. Максименко С.Д. Генезис существования личности. – К.: Издательство ООО «КММ», 2006. –. 240 с.

11. Максименко С.Д. Генезис здіснення особистості. – К.: Видавництво ТОВ «КММ», 2006. –. 240 с.

12. Максимова Н.Ю., Мілютіна К.Л., Піскун В.М. Основи дитячої патопсихології. – К.: Перун, 1996.

13. Охорона психічного здоров'я у світі: Проблеми та пріоритети в країнах, що розвиваються / Р. Дежарлє, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман: Пер.з англ. – К.: Сфера, 2001. – 575 с.

14. Права пацієнта – права людини в системі охорони здоров'я: Збірка міжнародних документів / Упор. В.В.Глуховський. – К.: Сфера, 2004. – 216 с.

15. Торникрофт Г., Танселла М. Матрица охраны психического здоровья: Пособие для совершенствования служб: Пер. с англ О. Чернявской. – К.: Сфера, 2000. – 332 с.

Додаткова:

1.Грушко В.С. Основи здорового способу життя: Навчальний посібник з курсу «Валеологія». – Тернопіль: СМП «Астон», 1999. – 368 с.

2.Загальна психологія. / За загальною редакцією академіка С.Д.Максименка. Підручник. – 2-ге вид., переробл. і доп. – Вінниця: Нова Книга, 2004. – 704 с.

3.Кляйн М. Некоторые теоретические выводы, касающиеся эмоциональной жизни ребенка // Психоанализ в развитии. – Екатеринбург, 1998.

4.Кулик С.М. Психологічні проблеми професійної адаптації вчителів // Актуальні проблеми психології. Том 1.: Соціальна психологія. Психологія управління. Організаційна психологія / За ред. Максименка С.Д., Карамушки Л.М. – К.: Інститут психології ім. Г.С.Костюка АПН України, 2001. – Ч. 2. – С 201-204.

5.Максименко С.Д. Генетическая психология (методологическая рефлексия проблем равития в психологии). – М. : «Рефл-Бук», К.: «Ваклер», 2000. – 320 с.

6.Максименко С.Д. Основи генетичної психології. – К., 1998. – 218с.

7. Общая психология / Под ред. С. Д. Максименко. – М.: Рефл-бук; К.: Ваклер, 1999.

8. Телле Р. Психиатрия с элементами психотерапии. – Минск, 1999.

9. Шапар В.Б. Психологічний тлумачний словник. – Х.: Прапор, 2004. – 640 с.

2.2. Проблеми, пов'язані із способом життя

КЛЮЧОВІ ПОНЯТТЯ ТЕМИ: саморуйнівна поведінка, психоактивні речовини, наркотичні речовини, інтоксикація, залежність, наркоманія, токсикоманія, пасивний спосіб життя, гіподинамія, нераціональне харчування, ожиріння, булімія, нервова анорексія, екстремальна поведінка.

Особистість є динамічним поняттям. Саме тому окремі її прояви, та вся особистість в цілому зазнає постійної динаміки в бік поступового розвитку або деградації, саморійнування (самознищення). Останнім часом набув поширення термін «***саморуйнівна поведінка***». Він тлумачиться як такий спосіб буття, коли молода людина не зацікавлена у своєму майбутньому, не замислюється над проблемою позитивної реалізації свого потенціалу, конфліктує із суспільством, кидає йому виклик. Саморуйнівною є поведінка, що налічує різні форми активності, які стають деструктивним засобом вирішення особистісних проблем людини в умовах конфліктної ситуації. Саморуйнівна поведінка включає в себе загрозу для життя, збиток для духовного та морального розвитку, збиток для майбутнього.

Живучи, людина постійно чинить свідомий вибір між життям і смертю. Причому, кожен акт вибору відображається на майбутньому не лише цієї людини, а й її нащадків та широкого кола оточуючих осіб. «Вибір смерті» або ж самогубство найчастіше відбувається не одномоментно (шляхом повішання, різання вен, падання з даху чи самоотруєння), а повільно – шляхом повільного «хронічного самогубства». Це є саморуйнівна поведінка: переїдання, алкоголізм, занадто часті «нещасні випадки», куріння й виснажування себе надмірною працею. Сучасна суїцидологія відносить до нього також вибір ризикованих професій (гонщик, альпініст, поліцейський, військовий, шахтар), наркоманію, алкоголізм, тютюнопаління, пасивний спосіб життя, надмірне харчування, гіподинамію та недотримання режиму лікування.

Науковці назвали причиною такої поведінки «потяг до смерті», що виникає у людей, що почуваються «відторгнутими» від інших, самотніми, недолюбленими. Нестача любові призводить до

туги й печалі, пристрастей і залежностей, недовіри і страхів. Відтак – до вмирання. Саморуйнівна поведінка людини (у тому числі і, наприклад, вживання наркотиків) є невіддільним чинником такої культури. Внаслідок цього частині молоді притаманні високий рівень конформізму, невміння опиратися референтній групі, до якої виявляється потяг і де вживають наркотики, відсутність сили волі, щоб протистояти втягуванню в наркотичну залежність, легковажність в оцінюванні ситуації стосовно себе сьогодні й у майбутньому, прагнення до миттєвих розваг, бажання «бути дорослим» і «все випробувати в житті»

2.2.1 Вживання тютюну

Тютюнопалі́ння (або просто паління) – вдихання диму тліючого висушеного листя тютюну. Найбільш важливим компонентом тютюнового диму є нікотин. Регулярне вживання нікотину викликає залежність. Паління тютюну завдає тривалої шкоди здоров'ю курців та оточуючих людей, що не палять.

Згідно з дослідженнями соціологічного центру Єврокомісії «***Євробарометр***», опублікованого напередодні Всесвітнього дня без тютюну 2010 року, найзавзятіші курці в Європі – греки та кіпріоти. Так, в середньому кіпріоти викурюють по 21,7 сигарети на день. Греки посідають перше місце в Європі за відсотковим відношенням курців до загальної кількості громадян країни – 42%, при тому, що для Євросоюзу цей показник в середньому становить 29%. Встановлено, що середньостатистичний курець в ЄС викурює 14 цигарок на день, при цьому тютюн стає причиною смерті половини курців. Отже, тютюн вбиває майже 650 тисяч європейців щороку.

Україна займає ***17 місце*** в списку країн-лідерів за кількістю курців; всього нараховується близько 9 мільйонів активних курців, що складають третину всього працездатного населення країни. В Україні поширеність щоденного куріння за останні 5 років суттєво зменшилась. Так, у 2005 році щоденно палили 62% чоловіків (від 15 років і старше), а в 2010 вже 45%. Кількість жінок-курців скоротилася майже вдвічі – з 17% до 9%. Серед молоді ку-

рить 45% юнаків і 35% дівчат. Розрахунки Всесвітнього банку свідчать про те, що економічні збитки України від тютюну складають близько 2 мільярдів доларів щорічно. За офіційною статистикою в Україні щороку від хвороб пов'язаних з курінням помирає 120 тисяч чоловік.

При курінні відбувається *суха дистиляція і неповне згоряння* висушених тютюнових листків в незалежності від того, використовуються вони в натуральному вигляді (скручена в трубочку), в сигареті чи в сигареті і в трубці. При повільному згорянні виділяється дим, що являє собою неоднорідну (гетерогенну) суміш, що складається в середньому з 60 % різних газів і 40 % мікроскопічних дьогтевих крапель (аерозолі).В газовій фракції диму міститься, крім азоту (59 %), кисню (13,4 %), ще й оксид вуглецю (IV) (13,6 %), оксид вуглецю (II) (4 %), водяна пара (1,2 %), ціаністий водень (0,1 %), оксиди азоту, акролеїн та інші речовини. Аерозольна фракція диму включає воду (1,4 %), гліцерин та спирти (0,1 %), альдегіди і кетони (0,1 %), вуглеводні (0,1 %), феноли (0,003 %), нікотин (0,002 %) та ін.

За основною дією, шкідливі речовини, що містяться в тютюновому димі й впливають на організм, об'єднані в 4 групи: 1) канцерогенні речовини; 2) подразнюючі речовини; 3) отруйні гази; 4) отруйні алкалоїди.

Нікотин є однією з найсильніших із відомих нам отрут, які впливають на нервову систему. При згорянні сигарети він руйнується тільки частково, приблизно на 25 %. Вміст нікотину в диму головного струменю сигарети від 0,4 до 3мг – лише 20 % від загальної кількості нікотину в сигареті. В недокурку залишається біля 5 %, а інші 50 % потрапляють в повітря в приміщенні, де курять. Фізична та психологічна залежність від нікотину розвивається набагато швидше, ніж від алкоголю.

Нікотинізм. Залежність у 85% випадків починається після випалювання першої сигарети. Курці від некурців психологічно відрізняються тим, що частіше розлучаються і покидають сім'ю; вони більш імпульсивні, менш освічені, екстравертовані, внутрішньо ворожі і більш схильні до вживання алкоголю і кави.

Нікотиновий абстинентний синдром в середньому розвивається через 90 хвилин після випалювання останньої сигарети.

Через добу після утримання або спроби знизити дозу у нікотинзалежного з'являється принаймні 4 з-поміж таких ознак: пристрасне бажання закурити; дратівливість, фрустрація і злобність; тривожність; складність у зосередженні уваги; неспокій; брадикардія; підвищення апетиту.

Головною причиною виникнення і розвитку «тютюнового» кашлю стають краплі дьогтю, що осіли в легенях. Речовини, що містяться в тютюновому димі викликають запалення епітелію, що покривають дихальні шляхи, це призводить до підвищеного виділення секреції та слизу, що зв'язаний з виділенням мокроти при кашлі. Масове розповсюдження куріння є однією з головних причин широкого розповсюдження серцево-судинних захворювань. Доведено, що у курців на відміну від некурящих людей в 2-3 рази частіше розвивається інфаркт та передінфарктний стан, стенокардія та інші захворювання серця. При цьому смертність, викликана цими захворюваннями, в курців набагато вища. Життя курців на 4,6-8,3 роки менше, ніж у некурящих, причому скорочення протяжності життя залежить від того, в якому віці людина почала палити. Доведено, що більше 50 % всіх захворювань, що являються причиною смерті курців, приходиться на долю серцево-судинних захворювань. Більше 80 % хворих, що страждають хронічним захворюванням шлунку та дванадцятипалої кишки, є курцями. Це захворювання найчастіше зустрічається у запеклих курців. Доведено, що куріння негативно впливає і на процес лікування виразки.

Боротьба з курінням в багатьох країнах призвела до зменшення курців, але незалежно від цього велика кількість курців серед молоді та серед жінок продовжує збільшуватись. Разом з цим підвищується ризик виникнення хвороби не тільки у самих курців, але й в майбутнього покоління. Куріння наносить велику шкоді всім, але особливо молодому поколінню, організм яких знаходиться в процесі статевого дозрівання, тому куріння може негативно вплинути на їх потомство. Куріння є не лише особистою проблемою кожної людини окремо, але й гострою соціальною проблемою, з якою пов'язане майбутнє всього людства.

2.2.2. Вживання алкоголю

Хронічна хвороба, що розвивається внаслідок тривалого зловживання алкоголем з патологічним потягом до нього, зумовленим психічною, а потім і фізичною залежністю від алкоголю. Хронічне отруєння алкоголем і порушення, що він викликає може призводити до психозів. На вихідній стадії алкогольної хвороби розвивається деменція. За МКХ-10 алкогольна хвороба – це психічні та поведінкові розлади внаслідок зловживання алкоголем (за попередніми класифікаціями – алкоголізм).

Поширення алкоголізму у 1997 р. складала 16% населення. Фактична кількість хворих істотно перевищує ці показники. Часто алкоголізм трапляється у людей, що мають до діла з алкоголем за службовими обов'язками, низько кваліфікованих робітників і людей вільних професій. У чоловіків алкоголізм трапляється у 2-3 рази частіше, ніж у жінок, однак протягом останніх тридцяти років ця відмінність стирається. У групу підвищеного ризику входять підлітки – злісні прогульники, виключені зі школи делінквенти, які виросли у дисфункціональних і неповних сім'ях, де спостерігається алкоголізм, жорстокість, безпризорність.

Алкогольне сп'яніння може бути простим, ускладненим і патологічним. В простому алкогольному сп'яніння клінічно виокремлюють 3 стадії:

- легка – з гіпоманією;
- середня – ейфорія чергується з дисфорією, спостерігається дизартрія, атаксія; збудження змінюється глибоким сном з подальшою розбитістю, головним болем і частковою амнезією;
- важка – з атаксією (порушенням координації), амімією, блювотою, нетриманням сечі і калу, акроціанозом (посиніння і похолодіння кистей і стоп), подальшим сопором (передкоматозним станом); після виходу – повна амнезія, тривала астенія і анорексія (відсутність апетиту).

Ускладнена (змінена) форма алкогольного сп'яніння трапляється в кількох варіантах: дисфоричному, депресивному, сомнолентному (з вираженою сонливістю) і істеричному. Патологічне сп'яніння протікає у формі паморочного стану або гострого параноїду.

Клінічні форми і перебіг алкоголізму. Відома класифікація Еллінека, 1962, котрий виокремив такі фази алкоголізму:

α (альфа) – психологічна залежність, при якій алкоголь використовується як засіб зняття фізичного або душевного напруження (пияцтво втечі, виходу);

β (бета) – з'являються серцево-судинні і вісцеральні розлади, знижується опір до інфекційних і онкологічних захворювань (соматопатичне пияцтво);

γ (гама) – підвищується толерантність, з'являється абстинетний синдром, втрачається контроль над алкогольною поведінкою, неможливо зупинитися після першої дози (злоякісний, адиктивний тип алкоголізму);

δ (дельта) – постійне вживання алкоголю з підвищенням толерантності і розвитком абстинентного синдрому при короткочасній відміні (поширений у виноробських країнах та серед любителів пива);

ε (епсилон) – запійне пияцтво з періодами утримання до кількох місяців (дипсоманія, від dipsa – спрага, гр.).

Короленко і Диковський, 1972, запропонували класифікацію алкоголізму, котра відрізняється від попередньої виключенням бета-форми і додаванням таких форм:

ι (йота) – алкоголізм знімає больові прояви (фобії, панічні і сексуальні розлади);

η (ета) – складається з неалкогольної частини (аддикція стосунків з участю у групі за інтересами) і прихованої алкогольної частини (алкогольний ритуал полегшує взаємодію членів групи, психологічна і фізична алкогольна залежність розвивається повільно);

ζ (дзета) – м'який варіант гама-форми (втрата контролю настає в середній стадії сп'яніння, симптоми похмілля купіюються невеликими дозами алкоголю).

Перебіг алкоголізму поділяють на 3 стадії. *1-ша стадія.* Яскраві позитивні спогади про алкоголізацію, перехід до міцних напоїв, постійна настанова на алкоголь, труднощі відмови від нього. Хворий допиває келих до кінця, випереджає коло, втрачає контроль над дозою. Відзначається запізніла ейфорія або вона з'являється на вели-

ких дозах, підвищується переносимість, зникає блювотний рефлекс і необхідність закушувати. Після алкоголізації спостерігається пунктирний сон і раннє прокидання в астенії.

Виявляється симптом *обрушування дози:* прийом порівняно великої дози не викликає почуття сп'яніння, згодом після прийому чергової дози відразу виникає стан глибокого сп'яніння; характерне амбівалентне ставлення до синдрому: уявлення про незвичайну витривалість організму і невизначена настороженість.

Виявляються *блек-аути* (палімпсести, від palimpseston – зшкрябаний пергамент з новим текстом, гр.): після прийому середньої дози наступного дня анамнезуються якісь події, під час котрих зберігалась здатність діяти і говорити, не справляючи на оточення враження дуже п'яної людини. Виникає страх здійснити під час випивки якісь дискредитуючі вчинки.

2-ша стадія. Алкогольний абстинент ний синдром, псевдо запої (ситуативно зумовлені) або постійне зловживання алкоголем, загострення преморбідних особистісних особливостей. *Абстинентний (похмільний) синдром* включає астенію, дратівливість, тривогу, жахітливі сновидіння, тремор рук, озноб, пітливість, спрагу, головні болі, тахікардію; різко загострюється потяг до алкоголю, прийом котрого копіює стан – фізична залежність від алкоголю.

Синдром відміни виникає після припинення тривалого інтенсивного вживання алкоголю, він може виявлятися у вигляді алкогольного делірію (білої гарячки) і алкогольної епілепсії. Спершу з'являються вегетативні розлади: тахікардія, пітливість, гіпертермія, безсоння. Спостерігається виражений тремор – звідси і назва delirium tremens. Потім можуть виникати судорожні припадки і нарешті – розвивається типовий делірій: яскраві зорові галюцинації у вигляді комах або дрібних тварин, тактильні галюцинації, ажитація, тремор, лихоманка.

Спостерігається також: *Гострий алкогольний слуховий галюциноз* – хворий у ясній свідомості починає чути елементарні, а пізніше функціональні слухові галюцинації і, нарешті, справжні вербальні – «голоси», частіше неприємного для нього змісту; це стає фабулою чуттєвої, образної, несистематизованої маячні переслідування, отруєння; виникають афективні розлади і психомоторне збудження, часто небезпечне для самого пацієнта та ото-

чення; при погіршенні стану виникає галюцинаторний ступор з приєднанням зорових і тактильних галюцинацій, що відповідають змісту голосів. *Хронічний вербальний алкогольний галюциноз* трапляється як несприятливий результат гострого слухового галюцинозу після зникнення страху, збудження, маячні, коли голоси стають тихими, нейтральними за змістом, не впливають на поведінку хворих. *Алкогольна параноя* – маячня ревнощів з імпотенцією і агресією до дружини, можливе її вбивство. *Алкогольний параноїд* – манія переслідування з поведінкою маячні (частіше захисною). *Алкогольна депресія* нерідко призводить до суїциду.

3-ша стадія. Зниження толерантності до алкоголю, перехід на слабкі напої і невеликі дози, справжні запої або збереження постійного зловживання алкоголю, алкогольна деградація особистості (аморальність, розгальмування нижчих потягів, мнестико-інтелектуальне зниження). Виокремлюють дві форми стійкого алкогольного розладу, викликаного алкоголем. *Енцефалопатія Верніке:* гострий стан зі сплутаною свідомістю, атаксією, порушенням зору, сонливістю, тривожною дисомнією, потім розвивається делірій з подальшою амнезією на недавні події. *Корсаковський психоз:* хронічний стан з конфабуляціями (несправжніми спогадами, де зорієнтованістю, поліневритом, амнезією на давні та недавні події. Психоз може розвинутися з енцефалопатії Верніке; він часто співіснує з алкогольною деменцією, котра проявляється неглибоким частковим мнестико-інтелектуальним зниженням.

Елементи етіопатогенезу. Алкоголізм має тенденцію з'являтися у членів однієї сім'ї. генетична схильність його розвитку найсильніше для сина, батько котрого страждав алкоголізмом, незалежно від того, в якій сім'ї виховувався син. Найчастіше хворіють на алкоголізм антисоціальні та залежні особистості, незрілі, схильні до вмовляння і дистимії, з підвищеною потребою влади і почуттям неспроможності у досягненні поставленої мети. Згідно з теорією на учіння перший досвід вживання алкоголю, пов'язаний з подоланням тривожності (випити для сміливості), відіграє роль оперантного замовлення.

За останні десятиріччя відкрили нейрогуморальні механізми залежності. У 1954 американський нейрофізіолог Джеймс Олдс відкрив у головному мозку центри задоволення, стимуляція котрих

викликає ейфорію, за інтенсивністю близьку до оргазму. У звичайних умовах такі відчуття підкріплюють адаптивну поведінку і полегшують нестерпний біль. У 1970 Ч.Лі виділив з гіпофізу верблюда ендоморфіни, дію яких імітують психоактивні речовини. В 1990 Кеннет Блюм виявив ген аддиктивності, який передається спадково і відповідає за схильність до залежності. Уже в 1991 відбулись успішні клінічні випробування створених ним харчових додатків для різних форм залежностей: алкогольної, героїнової, кокаїнової, амфетамінової, а також для лікування нервової булімії.

Седативний ефект і доступність алкоголю роблять його найбільш поширеним засобом для боротьби з тривогою, депресією і безсонням. У «Трьох нарисах з теорії сексуальності» Фройд, 1905, встановив, що хлопчики, у котрих в дитячому віці виявлявся і пізніше зберігався конституціональний еротизм губ, в дорослому віці виявляють яскраво виражена прагнення пити і курити.

У 1908 Абрахам представив детальний звіт про психологічний зв'язок сексуальності і алкоголізму. Алкоголь руйнує здатність до сублімації. В результаті з'являються витіснені раніше або захищені іншими способами прояви дитячої сексуальності, такі як ексгібіціонізм, садизм, мазохізм, інцестуозні і гомосексуальні тенденції. Абра хам вважав, що вживання спиртного це сексуальна активність хворого. В результаті алкоголізм призводить до імпотенції, на підставі котрої виникають ідеї ревнощів.

Радо в 1926 опублікував роботу «Психічні ефекти інтоксикації, або Спроба розвинути психоаналітичну теорію патологічних бажань». Він починає з базової концепції болю, заспокоєння, снодійного і стимулюючого спливу наркотичних речовин. Потім посилається на дискусію Абра хама про еротичну природу наркотичної ейфорії і сам оцінює фармакогенний оргазм, який відрізняється від статевого оргазму, як одну із цілей вживання наркотиків. Він відзначає, що ейфорія призводить до втрати відчуття реальності, втечі від неї і появи примітивної лібідинальної організації, котра характеризується наявністю агресивних і автоагресивних проявів. У 1933 Радо запроваджує поняття психотимії і позначає ним хворобу, що полягає у сильному потягу до хімічних речовин. Він описує напружену депресію у поєднанні з нетерпимістю до болю як реакцію на фрустрацію. При цьому хімічні

речовини викликають бурхливу радість, що заміщає сексуальний оргазм. В об'єктах любові більше немає потреби, і аддикт відчуває невразливість, оскільки з ним (з нею) більше нічого не може трапитися. Однак пізніше наступає фармакотимічна криза, з котрої є три шляхи виходу: 1) суїцид, при котрому пацієнт вважає, що його вічна радість полягає у кінцевій втечі від реальності; 2) втеча у часову ремісію; 3) входження у стан психозу, в ілюзорну реальність.

Сучасні дослідники вважають, що люди з суворим суперего і фіксацією на оральній стадії «розчиняють» суперего в алкоголі, зменшують оральну фрустрацію, в алкогольній ейфорії відчувають звільнення, ілюзію досягнення бажаного, бунту, а у стані похмілля задовольняють потребу у самопокаранні. Берн описав поширену гру «Алкоголік», в якій дружина або терапевт щодо хворого переходять від ролі переслідувача до жертви (драматичний трикутник Карпмана). Кохут, 1971, «Наркотик служить не замінником люблячих і улюблених об'єктів або стосунків з ними, а заміщенням дефекту в психологічній структурі».

2.2.3 Використання наркотиків та інших психоактивних речовин

Наркотична речовина – речовина, зловживання якою внаслідок соціальної небезпеки офіційно визнане таким через його здатність при одноразовому вживанні викликати комфортний психічний стан, а при систематичному – психічну і фізичну залежність.

Психоактивна речовина (ПАР) – речовина, вплив якої на організм подібний до наркотичного, але офіційно не вважається наркотиком. До ПАР належать алкоголь, нікотин, кофеїн, деякі засоби лікувальної та побутової хімії.

За визначенням ВООЗ, 1968, *залежність* – це психічний, а іноді соматичний стан, що є наслідком повторного вживання природної або синтетичної ПАР. Вона характеризується такими ознаками: нездоланний потяг до прийому цієї ПАР постійно або періодично (компульсія); тенденція збільшувати дозу (зростання толерантності); виникнення особистих або соціальних проблем, зумовлених зловживанням ПАР.

Зловживання ПАР не містить критеріїв залежності і характеризується такими ознаками:

- Потреба в наркотичному ефекті задовольняється незалежно від очікуваної школи (соматичної, сімейної, соціальної);
- Симптоми зловживання тривають понад 1 місяць.

Звикання – залежність пацієнта від препарату, який він вживає для полегшення проявів хвороби, які його пригнічують і обтяжують його стан.

Наркологічні симптоми. Включають форми вживання ПАР, толерантність, захисні реакції, форми сп'яніння, патологію потягів, здатність досягання бажаних відчуттів у стані інтоксикації.

Форми вживання ПАР: епізодична (ситуативна, ритуальна) і змінені (з патологічним потягом, поодиноким вживанням). При зміненій формі *вживання* розрізняють систематичне вживання і періодичне (*запої – несправжні,* котрі починаються і переривають під впливом ситуації, і *справжні,* що виникають під впливом компульсивного або імпульсивного потягу, що актуалізується і припиняється спонтанно через непереносимість ПАР, котра з часом зростає).

Толерантність – максимально переносима доза ПАР зі збереженням функціонування. Поведінкова толерантність проявляється здатністю контролювати зовнішні ознаки інтоксикації. Функціональна толерантність відображає біохімічні порушення і полягає в необхідності з часом збільшувати дозу ПАР для досягнення того самого стану сп'яніння.

Захисні реакції свідчать про те, що доза ПАР перевищує фізіологічну толерантність. Специфічні захисні реакції: на алкоголь – блювота, на опій – свербіння шкіри обличчя, завушної ділянки, шиї і верхньої третини грудей, на барбітурати – гикавка, профузний піт, слинотеча, різь в очах, відчуття запаморочення, нудота і запаморочення.

Неспецифічні захисні реакції трапляються при інтоксикації різними ПАР і виявляються у вигляді нудоти, блювоти, вегетосудинних розладів (озноб, шкірно-м'язова гіперестезія, болі в серці). З переходом до регулярної інтоксикації неспецифічні реакції зникають, що є ознакою другої стадії захворювання.

Форми сп'яніння – комплекс психічних, поведінкових і соматоневрологічних проявів, що розвиваються внаслідок вживання ПАР. Змінена форма сп'яніння – порушення співвідношення і проявів окремих компонентів класичного варіанту сп'яніння від відповідної речовини або поява непритаманних для нього властивостей і компонентів або зміна його динаміки.

Наприклад, на 1-му етапі хвороби слабшає, а потім зникає соматовегетативний компонент інтоксикації, на 2-му – зменшується інтенсивність ейфорії з необхідністю збільшити дозу для досягнення попереднього ефекту, на 3-му – навіть максимальна доза не викликає ейфорії, вона лише нормалізує стан пацієнта.

Патологія потягу трапляється у двох формах: ***психічній*** – обсесивні потяги з нав'язливими думками про об'єкт потягу, боротьбою мотивів і неспецифічністю потягів; і ***фізичній*** – компульсивний потяг, що домінує навіть над вітальними потребами, цілком визначає поведінку, без боротьби мотивів, з вираженою вегетативною стигматизацією: мідріаз (розширення зіниць), гіпергідроз, тремор, гіперрефлексія тощо.

Здатність до досягнення стану психічного і/або фізичного комфорту (не ейфорії) у стані інтоксикації. Лише прийом ПАР купіює психічні порушення (емоційне напруження, дратівливість, депресивні реакції з ідеями самозвинувачення, дисфоричний стан, незібраність, підвищене відволікання, зниження працездатності) і відчуття соматичного неблагополуччя.

Наркологічні синдроми. Включають сп'яніння, великий наркоманічний синдром, наслідки хронічної інтоксикації ПАР.

Сп'яніння містить психічні і соматоневрологічні компоненти. Психічний компонент складається з афективних розладів, розладів сприймання, мислення і свідомості. Соматоневрологічний компонент істотно залежить від виду і дози ПАР; спільною є підвищена сексуальна збудливість, зниження апетиту, м'язового тонусу, швидкості і координації рухів. Винятки складають стимулятори, кодеїн, психоделічні препарати (галюциногени).

Великий наркоманічний синдром об'єднує три клінічні синдроми:

- синдром зміненої реактивності – втрата захисних реакцій, зростання толерантності, поява змінених форм вживання і сп'яніння;
- синдром психічної залежності – обсесивний потяг до прийому ПАР для отримання почуття психічного комфорту;
- синдром фізичної залежності – компульсивний потяг до прийому ПАР з формування психічних і фізичних розладів при припиненні дії ПАР і відновлення фізичного комфорту у стані інтоксикації (інша назва – синдром відміни або абстинентний синдром від abstinentia – утримання, лат.).

Діагностичні критерії синдрому залежності за МКХ-10. Протягом одного місяця (або якщо менше за місяць, то повторно протягом останнього року) в клінічній картині повинні бути одночасно представлені три або більше з-поміж таких критеріїв:

- компульсивна потреба прийому речовини;
- зниження контролю за прийомом речовини (початку, закінчення, дози), що характеризується збільшенням загальної дози і/або тривалості прийому і безуспішними спробами або збереженим бажанням знизити вживання;
- абстинентний синдром;
- підвищення толерантності;
- збільшення часу, затраченого на добування ПАР, прийом і перенесення наслідків, що супроводжується зміною здорової соціальної активності та інтересів особистості;
- продовження прийому, незважаючи на наявність шкідливих наслідків і знання пацієнта про цю шкідливість.

Критерії зловживання ПАР як ранньої форми залежності за американською класифікацією DSM-IV:

- повторний прийом речовини викликає очевидне зниження адаптації в важливих сферах соціальної активності (прогули і зниження продуктивності праці, успішності в навчанні, нехтування хатнім господарством і вихованням дітей);
- повторний прийом в ситуаціях фізичної небезпеки для життя (управління транспортом, станком у стані інтоксикації);

- повторні конфлікти з законом у зв'язку з зумовленими прийомом речовини відхиленнями поведінки і протиправними діями;
- продовження прийому ПАР, незважаючи нате, що це викликає або посилює постійні міжособистісні проблеми (конфлікти з партнером щодо останньої інтоксикації тощо).

Перебіг залежностей переважно хронічний, прогредієнтний, може бути з ремісіями. Об'єкт аддикції переважно обирається не відразу. Поступово коло інтересів звужується на домінуючій адиктивній потребі, загострюються преморбідні особистісні розлади, збіднюються міжособистісні стосунки, виникають сімейні і професійні конфлікти, з'являються аморальні і асоціальні вчинки. Фізична залежність, переважно, має наслідки у вигляді соматоневрологічних і психічних розладів, аж до вираженого психоорганічного синдрому і деградації особистості.

Наркотична залежність. За клінічною дією наркотики поділяють на такі групи: опіати, стимулятори, каннабоїди і галюциногени.

Інтоксикація *опіатами* (опій, морфін, героїн, кодеїн, метадон): ейфорія, дрімання, дизартрія, аналгезія, анорексія, звуження зіниць, зниження лібідо. Синдром відміни: наполегливі пошуки препарату, зівання, виламуючі м'язові болі, болі в попереку, сльозотеча, нежить, блювота, пітливість, понос, лихоманка, «гуся-ча шкіра», слиновиділення, розширення зіниць, безсоння.

Інтоксикація *стимуляторами* (кокаїн, крек, ефедрин, первітин, «лід», «ширка»): ейфорія, збудження, балакучість, розширення зіниць, тахікардія, пітливість, озноб, тремор, лихоманка, сухість в роті, блювота, анорексія, імпотенція, судоми, гіперактивність, дратівливість, агресивність, паранойяльність, зорові і тактильні галюцинації. Синдром відміни: тривожна підозріливість, дисфорія, втомлюваність, ажитація, розлади сну, наполегливі пошуки препарату.

Інтоксикація *седативними, снодійними і анксіолітичними засобами* (транквілізатори, барбітурати): неуважність, сонливість, сильне потовиділення, звуження зіниць, розгальмованість потягів, порушення координації і артикуляції; можливий делірій з подальшою амнезією. Синдром відміни: блювота, слабість, тривога, дратівливість, підвищена чутливість до світла і звуку, крупно розмашистий тремор, безсоння, припадки.

Інтоксикація *каннабісом* (марихуана, гашиш, анаша, «план», «дурь», «паль», «трава»): ідеоррея (ideorhea – вид, думка, задум, уявлення, ідея і текти, гр.), ейфорія, дисфорія, тривога, підозріливість, недоречний сміх, дезорієнтація в часі, неадекватна оцінка подій, спотворення форм і розмірів предметів, сухість в роті, підвищення апетиту, тахікардія, відчуження від оточення з мріє подібними фантазіями; великі дози викликають делірій з панічними проявами. Синдром відміни: астенія, депресія, сенестопатії, стискаючі болі голові і серця, спазми в животі з нудотою, озноб, заливний піт, тремор, можливий гіпертонічний криз, дисфорія.

Інтоксикація *галюциногенами* (ЛСД, псилобіцин, циклодол, паркопан, артан, астматол, димедрол): ілюзії, галюцинації, деперсоналізація-дереалізація, пригнічення, тривога, страх божевілля, панічні реакції, ідеї ставлення, розширення зіниць, тахікардія, пітливість, тремор, порушення координації. Галюциногени переважно вживають епізодично.

Токсикоманія – залежність від інгаляторів (ефір, бензин, ацетон, господарський клей, фарби, лаки, аерозолі, поліролі). Симптоми легкої інтоксикації подібні до інтоксикації алкоголем, седативними і снодійними препаратами і містить ейфорію, зорові галюцинації, спотворення оцінки оточення з дезорієнтацією, агресивністю, імпульсивність; характерні атаксія, сплутаність свідомості, дизартрія, запаморочення; можуть розвинутися делірій і припадки. Синдром відміни не описаний.

Походження і перебіг. У розвитку наркоманії важливе значення відсутності батьківського зразка, емпатійних стосунків у сім'ї, об'єкта турботи. Основні мотиви початку зловживання – гедоністичні, атарактичні (проти'тривожні) і субмісивні (під впливом оточення). У підлітків та молоді спостерігається групова психічна залежність, коли потяг виявляється лише у «своїй» компанії. Істотну роль у залученні підлітків до наркотиків відіграють делінквентні і кримінальні групи, компанії наркоманів, наркодилери.

У перебігу наркоманії виокремлюють три стадії. На *1-й стадії* швидко формується психічна залежність від наркотику: без нього немає душевного комфорту, важко зосередитися, страждає пам'ять і мислення. Абстиненція (утримання) викликає дисфорію і посилення

потягу, зростає толерантність (переносимість). *2-га стадія* розвивається через кілька тижнів. Формується фізична залежність, різко зростає толерантність, доводиться різко збільшувати дози. Наркотик потрібен як допінг, виражені соматовегетативні порушення, втрачається апетит і лібідо. Гроші на наркотик допомагають здобувати гомосексуалізм, проституція, крадіжки і грабежі. Висока смертність від суїциду, перезодування наркотику, СНІДу та інших соматичних ускладнень. При відсутності наркотику в організмі розвивається абстинентний синдром – «ломка», яскраво описана в оповіданні М.Булгакова «Морфій». *3-я стадія* трапляється рідко через високу летальність у 2-й стадії. Хворі непрацездатні через надмірне виснаження (лежать у ліжку) і звуження кола інтересів довкола добування наркотику, котрий необхідний, щоб самостійно поїсти і елементарно себе обслужити.

Рання діагностика: підліток надзвичайно довго розмовляє по телефону, у нього з'являються таємничі знайомі, він тікає з останніх уроків (зменшується здатність до концентрації уваги через абстиненцію); у домі щезають гроші, речі, підліток часто обманює. Молоді люди зменшують контакти, ізолюються, поводять себе по-дитячому, повторюються в розмові, залежуються у ліжку, у них знижується виразність мови, з'являються немотивовані коливання настрою.

Медикаментозна залежність, залежність від ліків, лекоманія. Якщо наркотична залежність в Україні, за офіційними даними, складає 1 млн. Осіб, то медикаментозна – у 10 разів більше. Залежність від ліків прийшла з медицини у такій послідовності:

- опіати (морфій, промедол, омнопон як оглушуючі при больовому синдромі);
- барбітурати (люмінал, веронал, мединал як снодійні);
- анальгетики (анальгін, пірамідон, фенацетин);
- психостимулятори (кофеїн, ефедрин, фенамін);
- транквілізатори (протитривожні – седуксен, реланіум, валіум, лібріум, еленіум; вмикачі сну – ноксирон, еуноктин, радедорм; денні, зі стимулюючою дією – триоксазин, грандаксин, тофизепам);
- галюциногени або психодизлептики, які використовують у психолітичній і психоделітичній терапії (ЛСД, псилобіцин).

Побічна дія і явища передозування при настінні звикання примушують хворих комбінувати препарати-антагоністи. Наприклад, після прийому стимуляторів приймають снодійні і навпаки, що призводить до полівалентної медикаментозної залежності. У зв'язку з цим небезпечно застосовувати комбіновані препарати на кшталт трійчатки (пірамідон, кофеїн, люмінал) або п'ятирчатки (+анальгін і кодеїн-опіат).

Всі ці препарати викликають фізичну залежність, підвищення толерантності і абстинентний синдром: головний біль, тривогу, розлади сну, в тому числі у жахітливі сновидіння через пригнічення фази швидкого сну. Ці явища розвиваються вже через 2-3 тижні регулярного прийому препарату. При подальшому вживанні спостерігаються вегетативні порушення: хронічні і приступоподібні, іноді – судорожні припадки і делірій.

Прийом снодійних під час вагітності може призвести до тератогенних наслідків (в тому числі – потворності) і розвитку абстинентних симптомів у новонароджених. Психостимулятори, котрі призначають також і для зниження апетиту, виснажують запаси організму, в результаті настає виражена астенія, можуть бути запаморочення, а поєднання перегріву з фізичним навантаженням може викликати колапс і смерть.

З психіатричної точки зору не існує показів для призначення барбітуратів, психостимуляторів і ліків, що впливають на апетит. Транквілізатори і снодійні не слід приймати довше, ніж 2 тижні. Анксіолітики лише сприяють початку психотерапії, оглушаючі снодійні лише полегшують виснажливий час без сну.

Кофеїнізм. Зловживанням вважають 4-5 чашок кави за день для людини вагою 70 кг. Симптоми передозування: звуження свідомості, тривога, руховий неспокій, тремор, головний біль, пітливість, збільшення частоти сечовиділень. Ускладнення: ХІХС, стенокардія, синдром втоми. Симптоми відміни: головний біль, збудливість, дратівливість, фізична слабість і зниження психічної працездатності, зниження настрою, тривога, сонливість або безсоння. Розвивається через 12-16 годин після останнього вживання кофеїну (у вигляді кави, какао, шоколаду, чаю або коли).

2.2.4 Вплив гіподинамії та нераціонального харчування

За даними National Institutes of Health, люди з зайвою вагою в 2,9 рази частіше хворіють на діабет; у 2,6 разів частіше страждають розладами сну; удвічі частіше впадають у депресію, відчувають біль в спині й у суглобах; у 1,7 разів мають підвищений рівень холестерину в крові; у 1,3 рази частіше страждають на алергію. Пілотні дослідження показали, що в Україні поширеність ожиріння серед осіб старше 45 років може складати 52 %, а надлишкової ваги – 33 % (ожиріння + надлишкова вага складають 85 %). Нормальна маса тіла є лише у 13 % дорослого населення України.

З іншого боку, сучасне суспільство поклоняється худорбі й у зв'язку з цим, усе більше людей знаходяться під тиском суспільної думки в зв'язку з їх надмірною вгодованістю, що викликає психічні розлади. Можна сказати, що усе більше людей їдять, щоб справитися зі своїми емоціями. Вивчення Eating Disorders Association 2,000 тис. чоловік показало, що 47 % підлітків у віці 16–24 і 40 % осіб 35–44 років їдять від нудьги, чверть жінок рятуються в такий спосіб від стресу. До 25 % людей прибігають до їжі, посперечавшись по дрібницях з чоловіком або партнером.

Priory Group відзначає істотне підвищення поширеності розладів харчування і залежностей серед молодих жінок у віці від 17 до 30 років. Ці пацієнти сполучать переїдання з періодами штучної блювоти й інших методів безуспішної боротьби з переїданням. Часто ця боротьба залишається непоміченої їхніми родинами і медичними працівниками. Медики повинні змінити стереотипні представлення про типового пацієнта з розладами харчування. Тепер розлади харчування часто виникають в успішного у всіх відносинах пацієнта у віці 40–50 років, що страждає булімією, яка спровокована низкою самооцінкою, стресом, почуттям незахищеності.

Висока поширеність ожиріння, паління, низької фізичної активності серед дітей та підлітків підвищує ризик раннього розвитку інфаркту й інсульту в дорослому віці. За даними Всесвітньої Федерації Се-

рця, в усім світі 18 мільйонів дітей до 5 років мають надлишкову вагу. Майже дві третини дітей в усім світі ведуть малорухомий спосіб життя.

Отже, сукупність таких ознак «ситого» життя, як зростання гіподинамії, надкалорійне харчування, недолік біологічно активних речовин і надмірні психологічні навантаження, приводить до ожиріння, цукрового діабету, атеросклерозу, серцево-судинних захворювань і метаболічного синдрому Х.

Ще одним фактором ризику цих психосоматичних станів є самотність, причому стан самотності більшою мірою в порівнянні з палінням, вживанням алкоголю та наявністю надлишкової ваги скорочує тривалість життя. Встановлено, що чоловіки та жінки без постійного партнера вживають багато алкоголю, пропускають прийоми їжі, надбагато працюють та позбавлені емоційної стабільності. З 10 000 осіб, що прийняли участь у дослідженні протягом десятиріччя, 600 померли. Серед одинаків-чоловіків ймовірність смерті була на 10 % більшою, а серед жінок – на 4,8 % більшою в порівнянні з одруженими особами [468].

Результати трьох незалежних досліджень 5749 підлітків 11-16 років, проведених у 2002 році в Канаді, Великобританії і США, показали, що діти з надлишковою масою тіла оцінювали якість свого життя також низько, як і молоді люди, що страждали на онкологічні захворювання. Серед основних причин низької оцінки підлітки називали постійні, зв'язані з надлишковою вагою, приниження з боку однолітків, а також обумовлені ожирінням проблеми зі здоров'ям. Крім того, особи з надлишковою вагою й ожирінням у 3 рази частіше виявлялися в ролі «жертви» і в 2 рази частіше в ролі «агресора» у порівнянні зі звичайними підлітками. Причому, ця тенденція більш виражена у дівчинок в порівнянні з хлопчиками.

Значна частина населення з надлишковою вагою (ожирінням) і сидячим (малорухомим) способом життя не докладає достатніх зусиль для модифікації пасивного способу життя. Між тим, для осіб з надлишковою масою тіла й ожирінням реально досяжна мета – зниження маси тіла приблизно на 7-10 % за 6-12 місяців. Зниження маси тіла повинне сполучатися з фізичною активністю помірної інтенсивності мінімум 30 хвилин у день. Дієтоте-

рапія включає низьке споживання насичених жирів, трансмірних жирних кислот (трансжирів), холестерину і простих вуглеводів (цукрів), збільшення споживання фруктів, овочів і цільнозерновых продуктів. Варто уникати надлишкового споживання вуглеводів або жирів.

Коли спадкоємна схильність виникнення до метаболічних порушень у людини виявляється особливо сильною або якщо зміна способу життя не приводить до достатнього зниження ризику захворювання, для досягнення цілей лікування, що вказуються в сучасних рекомендаціях, на додаток до зміни способу життя може знадобитися медикаментозна терапія. Необхідно приділяти особливу увагу адекватному контролеві інших основних факторів ризику ССЗ: паління сигарет, артеріальної гіпертонії, підвищеного холестерину і діабету.

2.2.5 Екстремальна поведінка

Прагнення до екстремальної поведінки та діяльності створюється необхідністю «пікових переживань». Ці переживання, з точки зору Абрахама Маслоу, творця піраміди потреб, являють собою шанс, коли людина переживає своє призначення цілком. Стикаючись із смертельним ризиком, вона починає цінувати життя, загроза існуванню мобілізує інстинкт самозбереження, а викликане ним порушення знімає тягар соціальних умовностей, нав'язуваних нам суспільством з самого дитинства. Ці умовності в поєднанні з психологією споживання формують так званий «еустресс» – стан перенасиченості, коли поріг досягнення задоволення суттєво підвищено. Під час екстремальних видів активності людина стикається з екзистенціальної ситуацією – вона повністю вільна від умов суспільства, все залежить тільки від неї самої, ціною питання є власне існування, яке неможливо знецінити.

Корисний стрес активує в організмі людини вироблення гормонів щастя і задоволення (ендорфінів, норадреналіну, дофаміну, серотоніну). Екстрим також відновлює позитивний зв'язок між дією і оцінкою результату, що на рівні біології організму запускає природний механізм росту самоповаги. Крім того, в екстримі ре-

алізуються вроджені механізми досягнення, які підвищують ранг індивіда в соціальній групі – домінантні самці більше схильні до ризику і одночасно можуть отримати увагу домінантною самки, а також пошану і обожнювання підлеглих (субмісивних).

З точки зору психоаналізу, в екстремальних видах діяльності вбачається едипів мотив – докази образу внутрішнього батька власного права на владу і гідність за рахунок подолання та змагання в умовах крайнього ризику і виклику. Прагнення до ризику може і способом подолання (гіперкомпенсації) дитячих страхів безпорадності і залежності (так звана контрфобія).

Екзистенційний підхід оцінює схильність до ризику як результат захисту від самого сильного страху – страху смерті. Зіткнувшись з ним в дитинстві, людина виробляє захист – «ілюзію власної винятковості», або «всемогутній контроль». У екстримі людина, як би перевіряє базове припущення про те, що саме вона зможе уникнути смерті. Мотив заняття екстремальними видами спорту пов'язаний також з «ефектом незавершеної дії». Суть цього експериментально-доведеного ефекту: чим складніше дія, з необхідністю якої зіткнулася людина, чим більша зануреність людини в цю дію, тим з більшою ймовірністю вона буде намагатися продовжити своє заняття саме з того моменту, на якому зупинилася. Поєднання цих мотивів приводить людину до екстремальної поведінки та екстремальних ситуацій. Людина відчуває задоволення від подолання складної ситуації, біохімічний та фізіологічний механізм якого вироблявся і шліфувався мільйонами років еволюції. Однак, якщо цей спосіб стимуляції єдиний, то високий ризик формування залежності (адикції).

Кожне подолання стресу зміцнює позитивне уявлення особистості про себе, її самоефективність і самооцінку. Зворотній зв'язок, закладений еволюцією – вдале подолання ситуації передбачає продовження життя і роду, а фіаско призводить до смерті особини і роду. Навпаки, невдалий копінг стресових ситуацій запускає в організмі саморуйнівні тенденції (депресії, психосоматичні захворювання, аутоагресію). Так, алкоголь – найчастіший засіб, за допомогою якого чоловіки стараються заховати, замаскувати свою депресію. Втеча в роботу, активні заняття спортом на тлі повного виснаження і постійної втоми, азартні ігри в пошуці

позитивних емоцій, екстремальна поведінка за кермом авто, в бізнесі, в сімейних стосунках – все це говорить про депресію у чоловіків.

Аутоагресія – активність, націлена (свідомо чи несвідомо) на заподіяння собі шкоди у фізичній і психічній сферах. Вона відноситься до механізмів психологічного захисту. Аутоагресія проявляється в самозвинуваченні, самопринижені, нанесенні собі тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості, аж до самогубства, саморуйнівній поведінці (пияцтві, алкоголізмі, наркоманії, ризикованій сексуальному поведінці, виборі екстремальних видів спорту, небезпечних професій, провокуючій поведінці). При аутоагресивній поведінці суб'єкт і об'єкт агресії збігаються. Агресія і аутоагресія мають єдині патогенетичні механізми, співвідносні по типу «клапанної взаємодії», коли агресивна поведінка може направлятися або на оточуючих, або на себе.

Виділяють окремі типи аутоагресивної поведінки:

- *суїцидальна поведінка*: усвідомлені дії, спрямовані на добровільне позбавлення себе життя;
- *суїцидальні еквіваленти та аутодеструктивна поведінка*: неусвідомлені дії (іноді навмисні вчинки), метою яких не є добровільне позбавлення себе життя, але вони ведуть до фізичного (психічного) саморуйнування або до самознищення;
- *несуіцідальна аутоагресивна поведінка*: різні форми навмисних самоушкоджень (самоотруєнь), метою яких не є добровільна смерть (або завідомо безпечні для життя).

Саморуйнівну поведінку (недотримання дієти, вживання шкідливих для здоров'я продуктів, переїдання, гіподинамію) варто вважати протестом проти себе. Це вираз байдужості і повного небажання миритися з тим, що світ та людина влаштована так, а не інакше. Найчастіше коренем цієї проблеми може виявитися необдумане слово батьків: кинутий в гніві докір дитині в нездоров'ї або слабкості.

У психоаналізі аутоагресія (або «поворот проти себе»), як захисний механізм психіки, відома з часів З.Фрейда. Вважається, що така поведінка є наслідком перенаправлення агресії, спочатку спрямованої на зовнішній об'єкт. У випадках, коли від цього

зовнішнього об'єкта (або від існування цього зовнішнього об'єкта) залежить добробут людини, агресія може бути перенаправлена. Незважаючи на те, що аутоагресія створює серйозні проблеми для того, хто застосовує цей захист, емоційно вона виявляється для нього більш прийнятною, ніж усвідомлення первинного об'єкта агресії.

Теоретична модель зовнішньої обумовленості аутоагресії припускає наявність трикомпонентної системи:

1.Фрустрована людина на тлі формування внутрішнього конфлікту, яка пригнічує свою агресію, і одночасно заперечує свої соціалізовані інтроекти.

2.Психотравмуюча ситуація, в якій реалізуються захисні патерни поведінки, обумовлені вищезазначеним внутрішньоособистісним конфліктом.

3.Зворотній негативний зв'язок – нездійснені очікування щодо об'єкта, що збільшують напругу ситуації, агресивність суб'єкта, потреба вирішення внутрішньоособистісного конфлікту.

З іншого боку, аутоагресія являє собою складний особистісний комплекс, що функціонує і проявляється на різних рівнях. *У структурі аутоагресивного паттерна особистості виділяють 4блоки:*

1. Характерологічний блок – рівень аутоагресії позитивно корелює з деякими рисами й особливостями характеру: интроверсією, педантичністю, демонстративністю, а також з депресивністю й невротичністю.

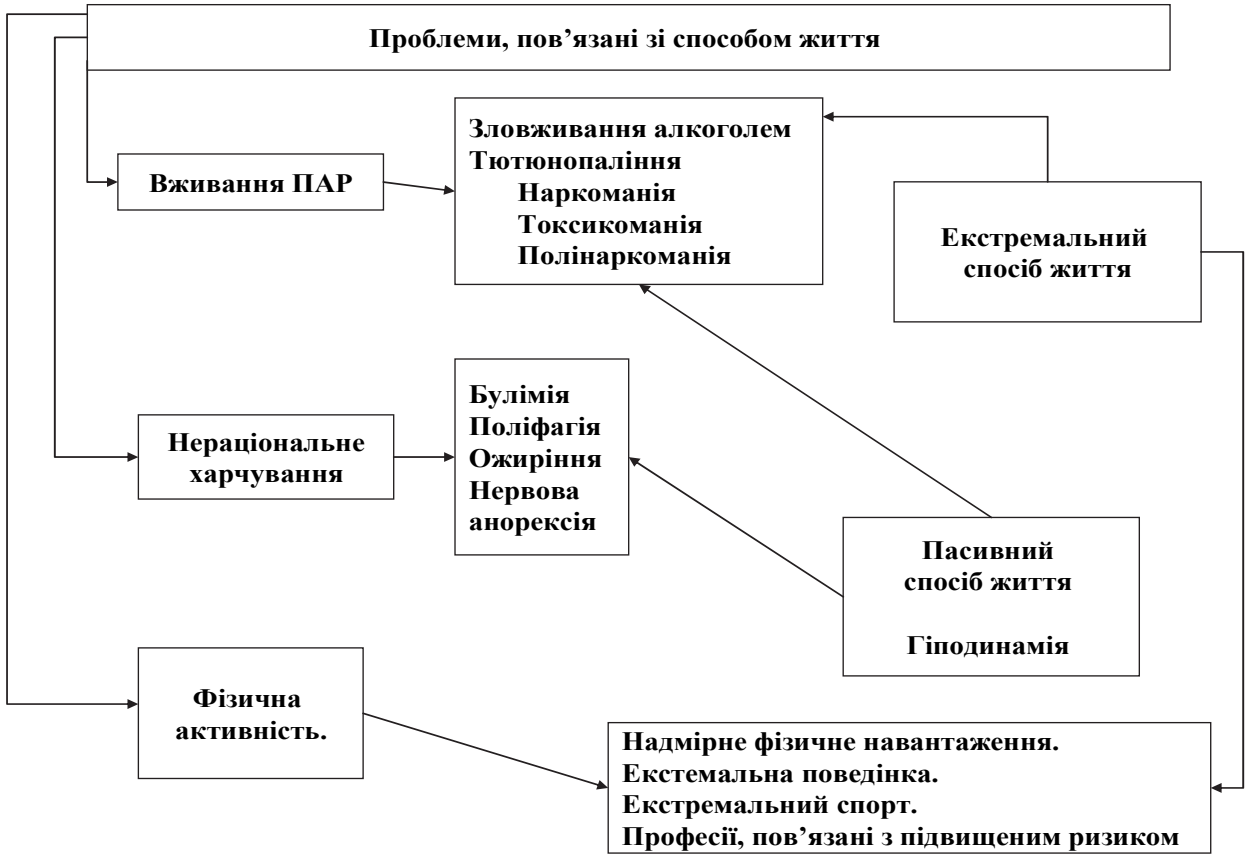
2. Самооцінюючий блок – зв'язок аутоагресії і самооцінки. Чим вище аутоагресія особистості, тим нижче самооцінка власних когнітивних здібностей, тіла, власної здатності до самостійності, автономності поведінки і діяльності.

3. Інтерактивний блок – зв'язок аутоагресії особистості зі здатністю / нездатністю до успішної соціальної адаптації, з успішністю / неуспешностью міжособистісної взаємодії. Рівень аутоагресії особистості негативно корелює з товариськістю, позитивно – з сором'язливістю.

4. Соціально-перцептивний блок – наявність аутоагресії пов'язано з особливостями сприйняття інших людей. Аутоагресія

практично не пов'язана з негативним сприйняттям інших. Навпаки, рівень аутоагресії корелює з позитивністю сприйняття значущих «інших».

Формалізована структура змісту теми



Запитання для самостійної роботи

1.Вимоги до харчування людей різних вікових категорій. Закони раціонального харчування.

2.Загартовування як фактор здоров'я.

3.Уявлення про «безпечний» рівень здоров'я людини. Шляхи прогнозування здоров'я.

4.Чинники, що впливають на здоровий спосіб життя (алкоголь, наркотики, тютюн, седатики).

5.Інтоксикація алкоголем. Пияцтво. Психічна і фізична залежність від алкоголю.

6.Просте алкогольне сп'яніння. Атипове сп'яніння, його види. Вікові особливості алкоголізму.

7.Зловживання і залежність від психоактивних речовин

8.Класифікація наркотичних речовин: (седативні, стимулюючі, психоделічні). Наркотичні речовини. Психоактивні речовини.

9.Наркоманія. Психічна залежність. Фізична залежність. Абстинентний синдром. Толерантність.

10. Токсикоманія. Полінаркоманія

11. Механізм дії нікотину на організм людини. Інтоксикація тютюновим димом. Пасивне паління. Наслідки тютюнопаління.

12. Хвороби цивілізації. Гіподинамія. Ожиріння.

13. Поліфагія і булімія. Нервова анорексія.

Альтернативно-тестові завдання для самоконтролю

1.Фактори, що підтримують зловживання препарату це – :

a. Звикання
b. Потенціювання
c. Абстиненція
d. Залежність
e. Наркоманія

2.Стан, що розвивається після припинення або зменшення використання препарату це – :

a. Звикання
b. Потенціювання
c. Абстиненція
d. Залежність
e. Наркоманія

3.Діагноз алкогольної залежності містить все, крім:

a. Порушення соціального або професійного функціонування
b. Необхідності щоденного вживання алкоголю для нормального функціонування
c. Втрати толерантності до алкоголю
d. Неможливості зупинитися і припинити пити
e. Патологічного вживання алкоголю

4.Правильні всі перелічені твердження щодо синдрому відміни таких стимуляторів як кокаїн і амфетамін, крім:

a. Він може розвиватися поступово, незважаючи на те, що хворий продовжує приймати стимулятор

b. Він може включати м'язові болі
c. Перші 9 годин – 14 днів характеризується «ломкою» з вираженим бажанням застосувати препарат, збудженням, депресією і безсонням
d. Слідом за гострою фазою реакції настає період, що характеризується втомлюваністю, тривогою і ангедонією, який триває до 10 тижнів
e. Лікування переважно включає відміну препарату шляхом поступового зниження доз

5.Потреба у більшій дозі препарату для досягнення того самого ефекту це – :

a.Звикання
b.Потенціювання
c.Абстиненція
d.Залежність
e.Наркоманія

6.Усі наведені твердження щодо алкоголізму правильні, крім:

a. Сучасні класифікації алкогольних розладів ґрунтуються на етіологічних факторах
b. Для виявлення алкоголізму більше значення мають наслідки застосування алкоголю, ніж справжня кількість споживаного алкоголю
c. Культурне середовище може впливати на захворюваність алкоголізмом
d. Тенденція щодо сімейної схильності до алкоголізму правильна
e. Описана частота алкоголізму у жінок значно нижча, ніж у чоловіків

7.Несприятлива реакція після вживання маріхуани виявляється усім переліченим, крім:

a. Гострої паніки
b. Делірію
c. Переживання порушення послідовності думок
d. Хронічного психозу
e. Брадикардії

8.Усі перелічені твердження стосовно природи і ефективності кофеїну правильні, крім:

a. Часто він посилює симптоми панічного розладу і агорафобії
b. Після різкого припинення хронічного використання розвивається синдром відміни
c. При токсичних реакціях, зумовлених передозуванням, спостерігаються розлади мислення
d. Передозування пов'язане з тривогою, дереалізацією, запамороченням і шумом в вухах
e. Період напіврозпаду багатьох препаратів кофеїну складає 3-7 годин

9.Правильні усі наведені твердження щодо токсичності і залежності при клінічному застосуванні бензодіазепінів, крім:

a.Ці препарати викликають високу летальність при передозуванні

b.Ці препарати викликають високу летальність при поєднанні з алкоголем

c.Імовірність розвитку залежності відносно низька

d.Імовірність виникнення звикання відносно низька

10. Гіподинамія та гіпокінезія є факторами ризику розвитку захворювань:

a – Нервових;
b – Системи кровообігу;
c – Сечостатевої системи;
d – Офтальмологічних.

11. Харчова поведінка людини обумовлюється факторами:

a – Біологічними;
b – Поведінковими;
c – Соціальними;
d – Всіма перерахованими.

12. Серед цілей «харчового посту» найбільш адекватною є:

a – В основному процедура очищення;
b – Тренування підпорядкування тіла дисципліні розуму;
c – Спосіб переключення на психічну та духовну роботу;
d – Все перераховане.

13. Який психологічний фактор найбільш сприяє розвитку ожиріння:

a – Агресія;

b – Роздратованість;

c – Тривожність, внутрішня напруженість;

d – Депресивність;

e – Нелюбов до спілкування.

Завдання та проблемні ситуації

1. Розлади, пов'язані з вживанням та зловживанням психоактивних речовин.

2. Наркологічні симптоми та синдроми як необхідна складова при постановці діагнозу аддикції.

3. Порівняння критеріїв синдрому залежності та критеріїв зловживання ПАР.

4. Сутність, причини виникнення, клінічні форми та особливості перебігу алкоголізму.

5. Сутність, причини виникнення, клінічні форми та особливості перебігу наркотичної залежності.

Література

Основна:

1.Анастази А. Психологическое тестирование. В 2 т. – М,. 1982.

2.Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике. – К., 1989.

3.Maksymenko, O. Lysenko Modern methods of diagnosing virtual addiction among adolescents: relevance and prospects. Монографія/ за ред. Аніти янковської, Riga, Latviaa,: IZDEVNICIBA BALTIJA PUBLISHING, 2019.С.-394-410

4.Максименко С.Д., Орап М. Psycholinguistic Predictors of Health (Психологічні предикатори здоров'я) // Psycholinguistics. – 2018. – №24(1) –Р. 252-268.

5.Maksymenko, S.D.(2021) Genetic principles of creative personality confident as a propulsion of mental development. Ottawa: Accent Graphics Communications and Publishing. Glasgow:

Society for the support of publishing initiatives and scientific mobility Limited.-615 p.

6.Максименко С.Д., Деркач Л.М., Розуміння сучасної когнітивної війни в глобальному вимірі, її генезис в українському контексті: огляд та напрямки майбутніх досліджень // Оборона і стратегія. університет оборони БРНО. Випуск: Том 23, №1 (червень 2023)

7.Максименко С., Яланська С., Атаманчук Н., та інш. Psychophysiological unloading with compliance taking into accounr: aeroapiphythotherapy resource. Acta Balneologica. – 2023. – № LXV (2),P.98-104

8.Максименко С.Д., Ірхін Ю.Б., Деркач Л.М., Марусинець М.М., Касинець М.М. Психологічна організація модульного формування когнітивних здібностей: генетико-креативний підхід. Психологічна організація модульного формування когнітивних здібностей: генетико-креативний підхід: навчальний посібник. Том 2. Київ: «Видавництво Людмила», 2023. 356 с.

9.Максимова Н.Ю., Мілютіна К.Л., Піскун В.М. Основи дитячої патопсихології. – К.: Перун, 1996.

10. Медична психологія. За заг.ред. акад. С.Д.Максименка. – Вінниця: Нова книга, 2010.

Додаткова:

2.3. Вплив екології на психологічне здоров'я

КЛЮЧОВІ ПОНЯТТЯ ТЕМИ: ендоекологія, екзоекологія, довкілля, світло, темрява, звук, температура, виробничі чинники, шкідливі умови праці, іонізуюче випромінювання, струм високої частоти, електромагнітні поля побутової частоти, вібрація, природні та техногенні катастрофи, фактори впливу, принципи надання допомоги, невідкладна психологічна допомога.

Позиція цілісності живої речовини («холізму» за Я. Сметсом) була основним принципом багатьох філософських напрямів, загальнобіологічних та медичних поглядів. Вона простежується в уявленнях Гіппократа про метаболічні процеси, в концепції Р. Вірхова. В даний час поняття цілісності в біології та медицині стає

все більш важливим принципом оцінки здоров'я і репродуктивності, зміни поколінь, хвороб людини, її старіння і смерті. Але холістичні підходи розбиваються об реальну практику, з якою стикається практична медицина. Виникає проблема співвідношення між цілісністю і частиною цієї цілісності, між єдністю процесу і його порушенням в результаті, скажімо, холоду, радіації, інфекції та інших причин.

Слово екологія, як правило, асоціюється з навколишнім середовищем – ступенем його чистоти. Але процес еволюції, життя людини в період технократичного розквіту докорінно змінили це середовище. І навколишня біосфера, і організм людини позбулися звичних розмежувальних захисних бар'єрів. Незліченна кількість токсичних речовин з зовнішнього середовища все більше проникає у внутрішні середовища організму. Разом з ними фізичні неадекватні фактори, психічне перевантаження, неправильне харчування виснажують і ламають захисні нейтралізуючі механізми людського організму.

Небезпечні для здоров'я промислові забруднення стали накопичуватися у навколишньому середовищі протягом історично надзвичайно короткого терміну (60-90 років). Виникла фундаментальна проблема десинхронозу між темпами забруднення оточуючого середовища і обмеженими можливостями адаптаційних механізмів організму людини, коли після перманентної мобілізації компенсаторно-пристосувальних механізмів настає швидке виснаження їх резервів, що веде до зриву адаптації та хронізації основних патологічних процесів. Це відбувається за наведеною схемою:

Поєднання декількох, нехай слабких, але однонаправлено діючих факторів може призводить до достовірних зрушень показників здоров'я. Так, на поширеність ішемічної хвороби серця найбільше істотно впливають забруднення атмосферного повітря, високий рівень шуму і надходження пестицидів з харчовими продуктами.

Медицина регулярно реєструє нові, ще не до кінця вивчені, захворювання, які пов'язані із забрудненням навколишнього середовища. Їх називають екологічної патологією. Наприклад, спалах алопеції (облисіння) дітей був зареєстрований в 1989 році в районах Естонії, де розвинена переробка горючих сланців. У хворих дітей в нігтях був виявлений талій, а в сечі і в слині – підвищена кількість бору. Ці діти жили поблизу цегляних заводів, де спалювали відходи, що містять бор і фтор. У ґрунті, в рослинах, в молоці, у воді був виявлений високий рівень кадмію, вісмуту, свинцю, бору. Пояснюючою гіпотезою в цьому випадку був токсичний вплив фториду бору.

Інша патологія – «картопляна хвороба» була виявлена в 1989 році у студентів, залучених до збирання картоплі на Уралі. Основним симптомом хвороби була «хлопаюча стопа» – у постраждалих не підгиналась стопа. Причиною хвороби виявилися пестициди, що містили ртуть та уражали периферичну нервову систему.

Наступний випадок відбувся у 1956 році, коли в бухті Мінамата (Японія) спалахнула епідемія загадкового захворювання (хвороба «Мінамата»), яка вражала сім'ї рибалок, основну їжу яких становили продукти моря. Захворювання протікало з порушенням слуху, зору,

мови, ходи, розладами психіки. Причиною стало отруєння води в районі бухти промисловими відходами, що містять ртуть.

Екологічна хвороба «ітай-ітай»: в Японії нагадала про себе, коли цинковий рудник забруднив кадмієм річку Дзінцу, і питна вода стала містити кадмій, крім того, річковою водою зрошували рисові поля і плантації сої. Через 15 – 30 років більше 150 чоловік померло від хронічного отруєння кадмієм, яке супроводжувалося атрофією кісток всього скелету. У США випадки захворювання «ітай-ітай» мали місце у зв'язку зі споживанням цукрового горошку, який містив велику кількість кадмію.

Україна також є екологічно постраждаю країною. Клінічне ендоекологічної дослідження, проведене в Донбасі в 1958 році, зв'язало причини виникнення гострого лейкозу у людей і тварин з підвищеною концентрацією барію в органах кровотворення. Солі барію раніше широко застосовувалися в промисловості та сільському господарстві, у подальшому було заборонено застосування барію в якості пестициду для боротьби зі шкідниками посівів. На жаль, до випадків хімічного забруднення в Україні додався Чорнобильський фактор, наслідки якого ми відчуваємо і зараз.

«Синдром хронічної втоми» є класичним прикладом захворювання, викликаного ослабленням імунної системи людини через що погіршуються екологічних умов. Головний симптом – повторювані припливи втоми з різким зниженням активності, що тривають більше ніж 6 місяців. Проблема ендоекології в даний час стала проблемою століття, найважливішим чинником виживання людства

2.3.1. Проблеми ендоекології

Ендоекологія – це наука, яка вивчає і розробляє методи, що дозволяють підтримувати чистоту внутрішнього середовища організму, тим самим забезпечуючи нормальну життєдіяльність всіх органів і тканин. Проблема ендоекології в даний час стала однією з основних питань століття, найважливішим чинником виживання людства

До теоретичних основ ендоекології відносяться теорія старіння І. Мечникова, згідно з якою з віком процес виведення непотрібних речовин з навколоклітинного простору відстає від їх надходження туди; поняття про бар'єрну (Л. Штерн) та митну (В. Казначеєв) функцію навколоклітинних тканин. Екологічне неблагополуччя середовища проживання людини, і джерел його живлення неминуче призводить до значних змін балансу внутрішнього середовища організму. Такі зміни часто ведуть до екологічної катастрофи в межах окремо взятого організму.

Клінічна ендоекологія – наука про хвороби людини, викликаних забрудненням внутрішнього середовища організму техногенними отрутами.

Раніше несприятливий вплив хімічних речовин поширювалося переважно на робітників «шкідливих» професій, але особливістю сьогодення є погіршення екологічної ситуації і як результат постійне забруднення внутрішнього середовища організму токсичними речовинами. Вважаючи на алкоголізацію, вживання інших ПАВ і неконтрольоване розрекламоване самолікування, можна прийти до висновку, що все населення піддане інтенсивному впливу небезпечних хімікатів, що несприятливо впливають на організм. В результаті розвиваються ендоекологічні хвороби, викликані одночасним накопиченням багатьох токсичних речовин, що надходять із зовнішнього середовища у відносно невеликих кількостях, і токсичних метаболітів – речовин, що утворюються в організмі під дією отриманих токсикантів. Так у певних регіонах формуються осередки ендоекологічної хвороби, розповсюдження якої може нагадувати своєрідну епідемію.

Клінічні прояви таких хвороб різноманітні. На початку захворювання вони виражаються у вигляді загального нездужання, швидкої стомлюваності, млявості, втрати апетиту, людина з напругою виконує звичну роботу, наростає дратівливість, часто виникають застуди. У значній частині випадків ендоекологічні хвороби тривалий час можуть протікати безсимптомно. Саме це і робить їх особливо небезпечними, тому що ознаки хвороби починають виявлятися, коли організму вже завдано значної шкоди. Діагностика таких ситуацій надзвичайно важка, особливо на тлі забруднення навколишнього сере-

довища важкими металами, діоксинами, фуранами, пестицидами та іншими (близько 200000) токсичними речовинами. Підозра повинна виникати, перш за все, у медичних працівників, до яких звернулися потерпілі.

Отже, ендоекологія – нове відгалуження наукової медицини, яка покликана не лікувати захворювання, а в першу чергу займатися їх профілактикою, що є вкрай важливим в сучасних умовах. До цього напрямку медицини можна віднести:

- виведення з організму токсичних сполук,
- лікування хронічних захворювань,
- вирівнювання балансу мікроелементів у складі організму,
- корекцію нервово-психічної сфери,
- відновлення пошкоджених тканин і систем органів (наприклад, внаслідок травми).

З цього випливає, що ендоекологічна реабілітація, відновлення внутрішнього середовища, осередків тканинного гомеостазу сьогодні є найважливішим практичною справою, як в лікувальній, так і в профілактичній діяльності лікарів.

2.3.2. Проблеми, пов'язані з фізичними чинниками

Вид фізичного поля	Одиниця вимірювання	Рівень поля	
		фоновий	досягається
Акустичне	дБ	25-30	80-120
Вібраційне	мм • с	0,02-0,50	0,02-16,0
Температурне	° С		-160 – +1500
Електричне: блукаючі струми атмосферна електрика	 мВ/м +іон/-іон	 5-10 1,15-1,2	 10-1600 1,0-1,5
Електромагнітне	кВ/м	10 (-6)	2,5-10,0
Радіаційне	мР/год	0,003-0,025	0,018

Техногенне фізичне (його можна також називати енергетичним) забруднення являє собою присутність у навколишньому середовищі (літосфері, атмосфері і гідросфері) додатково до приро-

дних геофізичних полів фізичних полів, що створюються людиною в процесі реалізації сучасних технологій. Такі фізичні поля носять назву техногенних (або технологічних). Виділяють теплові радіоактивні, акустичні (шумові), вібраційні та електромагнітні поля.

Теплове забруднення – скидання теплових відходів в навколишнє середовище, в результаті чого відбувається техногенна зміна температурного режиму компонентів геосфер: водойм, атмосфери і верхніх шарів літосфери. Джерелами теплового забруднення можуть бути: гарячі цехи і підземні газоходи металургійних підприємств; теплотраси; збірні колектори; комунікаційні тунелі; тунелі метрополітену; обігріваються підземні споруди; скиди гарячих технологічних вод в річки і відкриті водойми; установки, що використовуються для проморожування слабких і пливунних ґрунтів при будівництві ; підземні сховища зрідженого газу.

Концентрація великої кількості джерел теплової енергії в певних місцях (наприклад, у великих містах-мегаполісах) створює передумови формування так званих теплових куполів – прогрітих обсягів геологічного простору і атмосфери. У межах територій великих міст на невеликих глибинах (10-30 м) формуються великі геотермічні аномалії з перевищенням температури над фонової на 6-10 С Температура повітря над великими містами в середньому на 1-2 З (3-5 С) вище фонової.

Негативні ефекти теплового забруднення обумовлені насамперед тим, що прогрітий (або проморожені) грунт взаємодіє з рослинами, тваринами і мікробними спільнотами, для яких ґрунтова товща є середовищем існування. Внаслідок цього можуть кардинально змінитися взаємодії в біоценозі. Крім того, техногенні зміни температурного режиму можуть погіршувати умови життя і роботи людей.

Шумове забруднення – перевищення природного рівня шумового фону або ненормальне зміна звукових характеристик: періодичності, сили звуку і т.п. При цьому шум – поєднання звуків різної частоти та інтенсивності, а також будь-який небажаний звук, який надає шкідливий вплив на організм людини. Вплив на екосистеми мало вивчено, однак він надає турбують і відлякують вплив на тварин.

Джерелами шуму є: наземний (автомобільний, залізничний) і повітряний транспорт, промислові підприємства; будівельні машини і механізми; дитячі садки, школи і т.д. З санітарно-гігієнічних позицій нормальним (комфортним) вважається акустичний режим при рівні звуку 10-65 дБ. Максимально дискомфортним є рівень звуку вище 80 дБ. Для нервової системи людини шкідливий шум, що перевищує 50-60 дБ (рівень звуку звичайного аудіоплеєра досягає 60-70 дБ).

До наслідків впливу шуму відносяться: порушення сну; поява серцево-судинних і нервових розладів, відчуття втоми, підвищена стомлюваність; зниження настрою, зниження здатності до навчання і продуктивності праці, зниження слуху. При 120-130 дБ людина відчуває біль, можлива акустична травма; при 186 дБ – розрив барабанних перетинок; пр 196 дБ – пошкодження легеневої тканини.

Невиробничі шуми	дБ	Виробничі шуми	дБ
Шепіт, шурхіт листя	10	Друкарні	74
Житлова кімната	35	Машинобудівні заводи	80
Вуличні шуми	55	Металорізальні верстати	80-96
Мова, шум у магазині	60	Будівельні підприємства	95
Легкові автомобілі	77	Металургійні заводи	99
Автобуси	80	Компресорна станція	100
Дизельна вантажівка	90	Газотурбінна енергоустановка	105
Залізничний транспорт	100	Дискова пила	105
Повітряний транспорт	100	Піскоструминний апарат	115
Грім	120	Реактивний двигун	120-140
Больовий поріг	130	Постріл з артилерійської гармати	160-170

Не менш небезпечний *інфразвук* (менше 20Гц), джерелами якого служать: землетруси, бурі, урагани, цунамі, потужне обладнання (верстати, компресори, дизельні двигуни, вентилятори, реактивні двигуни, транспортні засоби). Він слабо поглинається, поширюється на великі відстані. Його фізіологічна дія: біль у вусі, безпричинний страх, втома, головний біль, запаморочення, зни-

ження гостроти зору. Особливо небезпечні коливання з частотою 4-12 Гц.

Ультразвук (більше 20кГц) також може бути небезпечний. Джерела ультразвуку: всі види ультразвукового технологічного устаткування, ультразвукові прилади та апаратура промислового, медичного, побутового призначення, що генерують ультразвукові коливання в діапазоні частот від 18 кГц до 100 МГц і вище. До джерел ультразвуку відноситься також обладнання, при експлуатації якого ультразвукові коливання виникають як супутній фактор. Він добре поглинається газами (повітрям) і рідинами (приблизно в 1000 разів слабкіше). Фізіологічна дія ультразвуку: порушується діяльність нервової системи, знижується больова чутливість, змінюється артеріальний тиск, змінюється склад і властивості крові. Відомо, що ультразвук здатний пошкоджувати молекули ДНК і викликати мутації.

Вібраційне забруднення виникає внаслідок вібрації (динамічного впливу як сукупності механічних коливань). Вібрація передається від джерел до різних об'єктів, у тому числі і до об'єктів живої природи; сприймається через передавальну середу. Джерела вібрації – це обладнання промислових підприємств, рухомі транспортні засоби, будівельні машини і механізми, технічне обладнання будівель та ін Вібрація турбує і відлякує тварин. Негативна фізіологічна дія вібрації на людину проявляється в порушенні серцевої діяльності, розладі нервової системи, спазмах судин, зменшенні рухливості суглобів; при явищі резонансу можливе механічне пошкодження органів аж до розриву.

Вібраційна хвороба – професійне захворювання, що спричинюється тривалою дією вібрації на організм людини. Особливості розвитку та гострота захворювання залежить від спектральних характеристик вібрацій. Основні прояви хвороби – зміна тонусу судін, обміну в нервово-м'язовій та кістковій системах, зменшення кровозабезпечення тканин, порушення регуляції серцево-судинної та нервової систем. Характерні скарги: оніміння кінцівок, побіління пальців, біль, відчуття холоду, слабість в руках, порушення чутливості; нерідко стомлюваність, нерізкі головні болі, підвищена дратівливість, порушення сну. В лікуванні ефективні методи, що поліпшують кровозабезпечення и обмінні процеси в нервово-м'язовій системі.

Радіоактивне забруднення обумовлено надмірним іонізуючим випромінюванням, взаємодія якого з навколишнім середовищем призводить до утворення іонів. Слід розрізняти ά-, β-і γ-випромінювання.

Альфа (ά)-випромінювання – потік ядер гелію (Не), утворюється при ядерних реакціях, має низьку проникаючу здатність, затримуються аркушем паперу, одягом.

Бета (β)-випромінювання – потік електронів, виникає при радіоактивному розпаді, має низьку проникаючу здатність (але вище, ніж у альфа-випромінювання), затримується алюмінієвою пластиною завтовшки 3,5 мм.

Гамма (γ)-випромінювання – електромагнітне випромінювання з високою енергією і з малою довжиною хвилі, випускається при ядерних перетвореннях, має високу проникаючу здатність.

Виділяють природні та техногенні джерела випромінювання. До природних джерел відносяться космічні промені, земну радіацію, внутрішнє опромінення і радон. Земна радіація (калій-40, рубідій-87, уран-238 і торій-232) – це довгоживучі ізотопи, які входили до складу Землі із самого її народження. Середня ефективна еквівалентна доза, яку людина отримує за рік від земних джерел радіації, становить приблизно 350 мікрозівертів.

Внутрішнє опромінення – це радіоактивні речовини (калій-40, свинець-210, полоній-210 тощо), що потрапили в організм з їжею, водою і повітрям. Радон – (безбарвний, не має смаку і запаху важкий (в 7,5 рази важчий за повітря) газ, що вивільняється із земної кори повсюдно, але основну частину дози опромінення людина одержує, знаходячись у закритому, непровітрюваному приміщенні. Техногенні джерела випромінювання: медичні обстеження, атомні електростанції (аварії) і ядерні вибухи. Слід зазначити, що радіаційний фон на Землі за останні 50 років підвищився на 60-70%. Негативний вплив випромінювання на живі організми становлять променева хвороба, зміни в клітинах, безпліддя, а також у мутагенна і канцерогенна дія.

Електромагнітні поля в сукупності також є джерелом забруднення навколишнього середовища. Їх джерела: атмосферна електрика, космічні промені, випромінювання Сонця, трансформато-

ри, генератори, лазерні установки, мікрохвильові печі, монітори комп'ютерів, високовольтні лінії електропередач (ЛЕП), вимірювальні прилади, пристрої захисту та автоматики і ін. Вплив на живі організми: порушення функцій серцево-судинної системи; погіршення обміну речовин; зміна складу крові; зниження біохімічної активності білкових молекул; підвищена стомлюваність; порушення сну; гальмування рефлексів та ін..

Вплив забрудненого повітря на АГРЕСІЮ. Заклопотаність громадськості забрудненням повітря призвела до деяких істотних соціальних змін. Наприклад, занепокоєння через шкоду пасивного куріння призвело до заборони куріння у громадських місцях. Наслідки забруднення повітря для фізичного здоров'я цілком очевидні, проте проживання в забрудненій атмосфері має соціальні наслідки. Наприклад, через погану якість повітря може зменшуватися взаємодопомога і спотворюватися соціальні взаємодії.

Ефект, який більшість людей відзначають у зв'язку із забрудненням повітря, – це запах. Цікаво, що хоча люди можуть скаржитися лише на вкрай неприємний запах і протестувати проти дуже високого рівня забруднення, агресивність їх реакцій вище, коли рівень запаху і забруднення помірний. Менш помітна характеристика повітря – концентрація в ньому позитивних і негативних іонів – також може впливати на настрій і соціальну поведінку. Так, негативні іони чинять як негативне, так і позитивну дію. Вони покращують працездатність в простих завданнях, але викликають у агресивно налаштованих людей агресивну поведінку.

2.3.3. Дія виробничих чинників

В охороні праці – системі правових соціально-економічних, організаційно-технічних, санітарно-гігієнічних і лікувально-профілактичних заходів та засобів, спрямованих на збереження здоров'я і працездатності людини в процесі праці; – є певні категорії, важливі щодо психологічного та психічного здоров'я людини. До них відносяться:

- безпека праці – стан умов праці, за яких вплив на працівника небезпечних і шкідливих чинників усунуто, або вплив

шкідливих виробничих чинників не перевищує допустимих значень;

- небезпечний (виробничий) чинник – виробничий чинник, вплив якого на працівника, за певних умов, може призвести до захворювання, зниження працездатності й (або) негативного впливу на здоров'я нащадків;
- виробниче середовище – сукупність фізичних, хімічних, біологічних, соціальних та інших чинників, що діють на людину під час виконання нею трудових обов'язків;
- напруженість праці – характеристика трудового процесу, що відображає переважне навантаження на центральну нервову систему;
- культура безпеки – кваліфікаційна і технологічна підготовка осіб, для яких гарантування безпеки потенційно небезпечного об'єкта є пріоритетною метою і внутрішньою потребою, що зумовлює самоконтроль і самоусвідомлення відповідальності під час виконання робіт, які впливають на рівень безпеки.

Причини виробничого травматизму поділяються на технічні, організаційні і психофізіологічні. Дві останні обумовлені «людським фактором», особливо це стосується в організаційному плані порушень умов, дисципліни та режиму безпеки праці та відпочинку.

Серед психофізіологічних причин вагомі: алкогольне, наркотичне сп'яніння, токсичне отруєння; низька нервово-психічна стійкість; погані фізичні дані або стан здоров'я; незадовільний «психологічний» клімат у колективі; травмування внаслідок протиправних дій інших осіб.

На здоров'я людини, її життєздатність і життєдіяльність великий вплив мають небезпечні і шкідливі фактори. Небезпечний фактор – це дія на людину, що в певних умовах призводить до травми, а в окремих випадках – до раптового погіршення здоров'я або смерті. Шкідливий фактор – це фактор дії на людину, яка в певних умовах призводить до захворювань або зниження працездатності.

Небезпечні та шкідливі фактори за впливом на людину діляться на окремі групи за чинником дії.

1) Механічні фактори, які характеризуються кінетичної і потенційної енергією і механічним впливом на людину: вібрація; прискорення; гравітаційне тяжіння; невагомість; статичне напруження; дим, туман, пилюка в повітрі; аномальне барометричний тиск та інші;

2) Термічні фактори, що характеризуються тепловою енергією та аномальної температурою (нагрітих і охолоджених предметів і поверхонь, відкритого вогню і пожежі, температура хімічних реакцій і інших джерел), а також аномальними мікрокліматичними параметрами (вологість, температура і рухомість повітря), які призводять до порушення терморегуляції організму;

3) Електричні фактори: електричний струм, статичний електричний заряд, електричне поле, аномальна іонізація повітря;

4) Електромагнітні фактори: радіохвилі, видиме світло, ультрафіолетові та інфрачервоні промені, іонізуюче випромінювання, магнітні поля;

5) Хімічні фактори: їдкі, отруйні, вогне-вибухонебезпечні речовини, а також порушення природного газового ста повітря, наявність шкідливих домішок у повітрі;

6) Біологічні фактори: небезпечні властивості мікро-і макроорганізмів, продукти життєдіяльності людей і інших біологічних об'єктів;

7) Психофізіологічні: стрес, втома, незручна поза та інші.

Фактори виробничого середовища вагомо впливають на стан здоров'я працівників, хоча в кожному конкретному випадку цей вплив на рівень здоров'я дуже складний. Тим більше, що вплив виробничого оточення на організм людини, здійснюється на тлі погіршення якості навколишнього середовища – забруднення атмосферного повітря, питної води та продуктів харчування, неправильного способу життя, шкідливих звичок (зловживання спиртними напоями, тютюнопаління, наркоманія та ін.)

Конкретні умови діяльності істотно впливають на психічні та життєво важливі функції організму людини. Якщо вплив факторів (з врахуванням їх взаємодії) в конкретних умовах діяльності такий, при якому забезпечується нормальне здійснення психічних і життєво важливих функцій організму, не виникає високої напруги

компенсаторних систем організму і вдало виконується задана трудова діяльність, то такі умови можуть бути визначені як сприятливі, а в найкращих випадках – як оптимальні.

Якщо вплив факторів викликає високу напругу компенсаторних систем організму, то такі умови визначаються як несприятливі, або дискомфортні, а при вираженому несприятливому ефекті – як екстремальні. Максимальна екстремальністьумов характеризується гранично переносимими значеннями одного або декількох факторів середовища, при яких обмежений час психічні та життєво важливі функції організму зберігаються на рівні, що забеапечує мінімум діяльності. В цьому випадку однією з головних, а іноді і єдиної метою діяльності стає підтримка життя, його рятування.

Однак людина може бути пов'язана з необхідністю здійснення діяльності в екстремальних умовах не тільки епізодично (аварії, неполадки, особливості технологічного процесу), але і постійно, в силу специфіки професії. Фактори екстремальних умов, окрім безпосереднього негативного впливу на організм людини, можуть викликати підвищене психічне напруження, яке пов'язане з почуттям страху, переживанням небезпеки і т.ін.

При аналізі психофізіологічних небезпечних та шкідливих чинників велике значення приділяється стресу, що виникає внаслідок тривалого впливу на працюючого комбінованої дії психоемоційних перевантажень та небезпечних виробничих чинників. Так, робота багатьох менеджерів пов'язана з впливом на них негативно діючих стресорів, таких, як: інтенсивність праці; зростання потоку інформації, яку необхідно опрацювати і використовувати у повсякденній практиці; дефіцит часу; відповідальність за прийняття рішень; гіподинамія; різні зовнішні впливи (шум, забруднення, випромінювання тощо); монотонність праці; порушення стереотипної системи праці (поломки техніки) тощо. Ці стресові впливи можуть стати причиною виникнення фізіологічних і психологічних змін, що призводять до небезпечних ситуацій та нещасних випадків.

Фізіологічні порушення можуть супроводжуватися розладами нервової та серцево-судинної систем, шлунково-кишкового тракту

та ін. До психологічних розладів належать агресивність, фрустрація, нервозність, роздратування, тривога, нерішучість, швидкий розвиток утоми тощо. Крім того, стрес є причиною багатьох психосоматичних захворювань: психозів, неврозів, захворювань судин мозку, серцево-судинних захворювань та інфаркту міокарда, гіпертонічної хвороби, виразково-дистрофічних уражень шлунково-кишкового тракту, нейроциркуляторної дистонії, зниження імунітету, онкологічних захворювань. Стрес впливає на статеві функції, генетичний апарат клітин, призводячи до вроджених порушень розвитку дітей, тощо. Вчені висловлюють припущення про існування зв'язку між стресовими навантаженнями та спонтанним абортом. Згубна дія стресу також проявляється у зростанні алкоголізму та наркоманії, підвищенні рівня травматизму, збільшенні кількості інвалідів та випадків самогубств.

На сучасному етапі сильним стресом, який впливає на стан працівника та можливість виникнення небезпечних ситуації, є *моббінг*.

Моббінг – це «війна» на робочому місці, яка призводить до виникнення у працівників стресового стану. Значна частина робітників та службовців реагують на моббінг фізіологічними (виразка шлунку, серцево-судинні та онкологічні захворювання тощо) та психічними розладами, а інколи він призводить до травмування й самогубства.

Причин появи моббінгу досить багато, основні з них:

- процес постійної модернізації, раціоналізації виробництва, який вимагає концентрації сил і уваги в процесі праці, що зумовлює високу продуктивність праці і, як наслідок, соціальну незахищеність працюючого;
- страх втратити робоче місце;
- психологічний терор, зумовлений заздрістю, марнославством і, як наслідок, створення інтриг, пліток, фізичного впливу. Все це створює поганий виробничий клімат і впливає на продуктивність праці та безпечність її умов;
- нудьга на роботі, коли процес праці не вимагає творчих зусиль, що створює умови для породження пліток, шантажу,

силової погрози, сексуальних домагань, домислів, суперечок між колегами, в які потрапляє весь колектив.

Моббінг і його наслідки настільки широко розповсюдились, що стали світовою проблемою з 90-х років. Вчені пропонують вважати моббінг психосоціальним нещасним випадком на робочому місці.

2.3.4. Природні та техногенні катастрофи і психологічне здоров'я

Катастрофа є однією з причин *надзвичайних ситуацій* – порушення нормальних умов життя і діяльності людей на певному об'єкті або території. Такі ситуації спричинені аварією, катастрофою, стихійним лихом, епідемією, великою пожежею, застосуванням засобів ураження можуть призвести до великих людських і матеріальних втрат.

За «Положенням про класифікацію надзвичайних ситуацій». затвердженим Постановою Кабінету Міністрів України №1099, розрізняють 4 класи надзвичайних ситуацій: техногенного, природного, соціально-політичного та військового характеру. Загальні ознаки таких ситуацій: наявність або загроза загибелі людей; значне погіршення умов життєдіяльності; істотне погіршення стану здоров'я людей; заподіяння економічних збитків. Причини виникнення надзвичайної ситуації поділяються на природні та антропогенні.

Природні причини належать до розряду найбільш стабільних і становлять стабільну загрозу для людства впродовж всього його існування. Природні явища, які мають надзвичайний характер призводять до порушення нормальної діяльності населення, його загибелі, руйнування і знищення матеріальних цінностей називаються стихійними лихами. Антропогенні причини діляться на соціальні (ріст народонаселення; урбанізація; непідготовленість і відсутність інформації; недбалість та некомпетентність посадових осіб, перевищення повноважень; корупція, тероризм) та економічні (недосконалість технічних засобів і технологічних процесів; зміна довкілля внаслідок забруднення, вичерпності ресурсів; бід-

ність). Техногенні аварії та катастрофи становлять 76% усіх надзвичайних ситуацій.

Однією з особливостей великих катастроф, за визначенням консультантів ВООЗ, є виникнення нервово-психічного напруження, стресу. Розвивається тривога, страх, паніка, які можуть перейти в «функціональний параліч» серед населення, а також серед особового складу рятувальних команд і формувань. Раціональна організація захисту і допомоги в таких умовах стає надзвичайно складною і недостатньо ефективною.

До особливостей праці рятівників в осередку надзвичайних ситуацій відносяться не тільки фізичне навантаження, можливі травми і отруєння газом, але й нервово-психічне перевантаження (стрес) та відсутність умов для повноцінного відпочинку і відновлення сил. Ці обставини можуть приводити до зниження працездатності, психологічних і психічних порушень, що потребує медико-психологічної інтервенції, а інколи медикаментозної допомоги.

Для надання безоплатної медичної допомоги постраждалим від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру громадянам, рятувальникам та особам, які беруть участь у ліквідації наслідків ситуацій техногенного та природного характеру, діє Державна служба медицини катастроф як особливий вид державних аварійно-рятувальних служб. Лікування та психологічне відновлення даних категорій людей проводиться у санаторно-курортних закладах, при яких створені центри медико-психологічної реабілітації. Функції запобігання щодо надзвичайна ситуація техногенного та природного характеру в Україні виконує Єдина державна система запобігання і реагування на надзвичайні ситуації техногенного і природного характеру, положення про яку затверджено Постановою Кабінету Міністрів України № 1198.

Для України випробуванням виявилася така антропогенна надзвичайна ситуація як Чорнобильська аварія. в травні 1986 р. Вона є прикладом екстремальної ситуації, яка повністю відповідає характеристиці катастрофічної події за, яка визначенням ВООЗ. Чорнобильська катастрофа характеризувалась базовим стре-

сором (радіацією) з подальшим каскадом опосередкованих дистресів, розвитком процесів психічної дезадаптації послідовно втягуваних в нього груп населення, хронізації ситуації. Особи, які постраждали від Чорнобильської катастрофи, підпали під багатофакторний вплив радіаційного і нерадіаційного характеру Екстрасенсорний характер впливу радіації, відсутність чітко визначеної нижньої границі збитків дозволило класифікувати Чорнобильську катастрофу як таку, що розпливається, з тривалим психологічним ефектом.

Радіаційний фактор, як основний стресор аварії на ЧАЕС з потужним поетапним потенціалом, реалізувався як біогенний і психогенний. Реалізація біогенного потенціалу на рівні цілісного організму супроводжувалось, основним чином, нейровегетативними розладами функціональними змінами діяльності основних фізіологічних систем, астеноневротичними, мнестичними порушеннями, різною соматичною патологією. У постраждалих осіб, які попали під вплив радіаційного опромінення, можуть бути різного ступеня виразності розлади уваги і пам'яті, різних сторін мислення, деформація системи відношень у вигляді формування залежності від найближчого оточення, невпевненості в майбутньому, звуження життєвого простору, збіднення мотивації, фіксації на своєму захворюванні при одночасній дефіцитарності основних ресурсів переборення хвороби.

Психогенний потенціал радіаційного фактору реалізується на особистісному рівні в межах психологічних наслідків радіаційного впливу механізмом виникнення і ускладнення перебігу донозологічної патології. Причому особливого значення набуває думка постраждалого населення про вплив на його здоров'я радіаційної обстановки: скарги на зміни самопочуття посилюються у зв'язку з їх віднесеністю на рахунок впливу радіації.

Виявлені реакції потерпілих в результаті аварії на ЧАЕС виявились аналогічними до реакцій, які спостерігалися у людей, які переживали атомне бомбардування Хіросіми і Нагасакі. Lifton R. вважав, дані особливості проявами «неврозу атомної бомби». Крім того, проблеми осіб, які проживають в забруднених зонах, нагадують «синдром інформації про радіоактивне забруднення» /

«Informed of Radioactive Contamination Syndrome"/, описаний американськими авторами у людей, які проживають поряд з місцями захоронення радіоктивних відходів, а також серед населення, яке проживає поряд з заводами по виробництву ядерного палива.

Проблема порушень психіки після дії радіації вперше була висвітлена японськими спеціалістами,які займались вивченням медичних і психологічних наслідків атомного бомбардування Хіросіми і Нагасакі. Були виявлені «звуження» особистості, пригнічення емоційного стану, нестійкість настрою з рисами дратівливості, зниження інтелектуального рівня, слабовілля, встановлено зв'язок деяких захворювань (синдром Дауна, інших вроджених патологій розвитку) з рівнями радіоактивності зовнішнього середовища.

Формування «соціально-психологічного» синдрому Чорнобиля було визначено техногенним походженням катастрофи, глобальністю її наслідків, масовістю впливу, складністю оцінки поставарійного радіаційного ризику, спрямованістю наслідків аварії в майбутнє і стійкою сформованістю у масовій свідомості негативного сприймання впливу іонізуючої радіації, накладанням віддалених наслідків стресу на складну екологічну ситуацію в країні, формальним виділенням чорнобильської співдружності з поступовим включенням в нього нових когорт. В результаті дії сукупності цих факторів у потерпілих сформувалась реакція на ситуацію у вигляді «комплексу жертви», яка включає в себе радіотривожність (підвищену оцінку радіаційної небезпеки), зовнішню атрибуцію відповідальності (покладання відповідальності за поставарійні події свого життя в основному на зовнішні обставини і державу), рентні установки (підвищення вимог до суспільства), деформацію інформаційного простору особистості (активна недовіра до інформації).

Катастрофічні наслідки Чорнобильського лиха призвели до суттєвої деформації самого способу життя мільйонів людей та спричинили низку небажаних змін у психіці. Спільним для всіх категорій потерпілих в результаті аварії на ЧАЕС було те, що був відсутній гострий стрес, так як більшість не бачило самої аварії і від-

повідно в них не могло бути яскравих спогадів про саму подію. Тому психотравмуючий ефект Чорнобильської катастрофи не є наслідком самого вибуху, а пов'язаний з його наслідками, які в значній мірі протягаються до майбутнього.

Формалізована структура змісту теми

Запитання для самостійної роботи

1. Вплив екології на психологічне здоров'я.
2. Проблеми, пов'язані з фізичними чинниками довкілля.
3. Дія виробничих чинників ризику.
4. Природні та техногенні катастрофи і психологічне здоров'я.
5. Вплив вібрації.
6. Вібраційна хвороба.
7. Вплив звуку.
8. Вплив струму високої і надвисокої частоти.
9. Вплив електромагнітних полів побутової частоти.
10. Вплив іонізуючого випромінювання.

Альтернативно-тестові завдання для самоконтролю

1. До бажаних для використання продуктів в умовах впливу малих доз радіації мають відношення:

a- гриби;

b- спиртні напої ;

c- жирні сорти м'яса;

d- морська риба;

e- прісновода риба.

2. В умовах впливу малих доз радіації необхідно використовувати природні сорбенти:

a- ламінарія, насіння льону;

b- цибуля, томати;

c- гірки, малина.

3. До некеруємих екзогенних факторів ризику має відношення:

a- кліматогеографічні фактори;

b- режим праці та відпочинку;

c- особливості харчування;

d- шкідливі звички.

4. До некеруємих ендогенних факторів ризику має відношення:

a- стать та вік

b- артеріальна гіпертензія;

c- психоемоційна нестійкість;

d- порушення обміну ліпідів;

e- дисгормональні зрушення.

5. Тривалий вплив сонячної радіації, вітри, пил не є екзогенними факторами ризику захворювань:

a- злоякісні пухлини шкіри;

b- злоякісні пухлини нижньої губи;

c- злоякісні пухлини органів дихання;

d- ревматизм.

6. Забруднення ґрунту, водойм, продуктів харчування хімічними речовинами не є фактором ризику захворювань:

a- злоякісні новоутворення;

b- хвороби жіночих статевих органів;

c- хвороби сечостатевої сфери у чоловіків;

d- захворювання ендокринної системи;

e- ревматизм.

7. Фізичні фактори виробництва (шум, вібрація, надвисокі частоти та ін.) не є факторами ризику захворювань:

a- хвороби системи кровообігу;

b- вібраційної хвороби;

c- хвороб ендокринної системи;

d- вірусного гепатиту.

8. Постійне виробниче напруження сенсорних систем є фактором ризику захворювань:

a- жіночої статевої сфери;

b- системи кровообігу;

c- травного тракту;

d- злоякісних новоутворень.

9.Вимушене положення тіла у виробничому процесі є фактором ризику захворювань:

a- системи кровообігу та периферичної нервової системи;

b- центральної нервової системи;

c- травного тракту;

d- сечостатевої системи.

10. Виробничий травматизм частіше зустрічається серед:

a- Чоловіків

b- Жінок

11. Охорона праці застосовується з метою

a- запобігання травматизму працюючих

b- зменшення тимчасової і стійкої непрацездатності

c- забезпечення здорових і безпечних умов праці

d- зменшення кількості професійних захворювань

e- підвищення продуктивності праці

Завдання та проблемні ситуації

1.Поняття ендоекології.

2.Поняття екзоекології.

3.Поняття довкілля.

4.Вплив світла.

5.Вплив темряви.

6.Вплив звука.

7.Вплив температури.

8.Виробничі чинники.

9.Шкідливі умови праці: іонізуюче випромінювання, струм високої частоти, електромагнітні поля побутової частоти, вібрація.

10. Природні та техногенні катастрофи, фактори впливу, принципи надання допомоги, невідкладна психологічна допомога.

Література

Основна:

1.Закон України «Про психіатричну допомогу». – К.: Сфера, 2000. – 50 с.

2.Закони України про охорону здоров'я: Збірник нормативно-правових актів. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 464 с.

3.Максименко С.Д., Ірхін Ю.Б., Деркач Л.М., Марусинець М.М., Касинець М.М. Психологічна організація модульного формування когнітивних здібностей: генетико-креативний підхід. Психологічна організація модульного формування когнітивних здібностей: генетико-креативний підхід: навчальний посібник. Том 1. Київ: «Видавництво Людмила», 2023. 384 с.

4.Максименко С., Деркач Л., Кіричевська Е., Касинець М. Психологія когнітивних процсів: науковий посібник / Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г.С. Костюка. Київ: «Видавнцтво Людмила» 2022. 420 с.

5.Максименко С.Д., Максименко К.С.. Папуча М.В. Психологія особистості: Підручник. – К.: ТОВ «КММ», 2007. – 296с.

6.Максименко С.Д., Шевченко Н.Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. – К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка АПН України; Ніжин: Міланік, 2007. – 115 с.

7.Охорона психічного здоров'я у світі: Проблеми та пріоритети в країнах, що розвиваються / Р. Дежарлє, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман: Пер.з англ. – К.: Сфера, 2001. – 575 с.

8.Сучасні технології надання соціально-психологічної допомоги населенню, що постраждало внаслідок Чорнобильської катастрофи: Метод. посіб. – К.: Чорнобильінтерінформ, 2000.

Додаткова:

1.Бабин І. І., Царенко А. В., Черняк В. М., Яцук Г. Ф. Пізнай себе: Матеріали до курсу «Валеологія». – Тернопіль: ТДПІУО, ТОШО, 2002. – 232 с.

2.Грушко В.С. Основи здорового способу життя: Навчальний посібник з курсу «Валеологія». – Тернопіль: СМП «Астон», 1999. – 368 с.

3.Загальна психологія. / За загальною редакцією академіка С.Д.Максименка. Підручник. – 2-ге вид., переробл. і доп. – Вінниця: Нова Книга, 2004. – 704 с.

4. Максименко С.Д. Генетическая психология (методологическая рефлексия проблем равития в психологии). – М. : «Рефл-Бук», К.: «Ваклер», 2000. – 320 с.

5. Максименко С.Д. Основи генетичної психології. – К., 1998. – 218с.

6. Общая психология / Под ред. С. Д. Максименко. – М.: Рефл-бук; К.: Ваклер, 1999.

7. Рудоміно-Дусятська О. В. Екологічна психологія: Навч. посіб. – К.: Ін-т післядипломної освіти КНУ ім. Тараса Шевченка, 2001. – 71 с.

8. Шапар В.Б. Психологічний тлумачний словник. – Х.: Прапор, 2004. – 640 с.

Тема 3

ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МІКРО- ТА МАКРОСОЦІУМУ

3.1 Вікові аспекти психологічного здоров'я.

КЛЮЧОВІ ПОНЯТТЯ ТЕМИ: психічний розвиток, закономірності розвитку психіки, кризи розвитку, типи виховання, дитинство, юнацтво, зрілість, криза середнього віку, старість, старечість, інволюційна криза.

У кожної людини є свої генетично детерміновані задатки якостей, в розгортанні яких при сприятливому збігу обставин життя вона може досягти значні результати. Як припускають деякі дослідники, здобутки людини на 70% обумовлені генотипом та на 30% – середовищними факторами. Отже, важливо на підставі вивчення спадково обумовлених задатків дитини створити для неї відповідні умови життя, навчання і виховання. При цьому слід враховувати існування певної вікової послідовності у становленні деяких фізіологічних, інтелектуальних, емоційних та інших здібностей людини, хоча вона і специфічні для кожної дитини. Причому якщо у відповідний сенситивний період функція у дитини не сформувалася чи недостатньо сформувалася, то її подальше становлення ускладнюється. Так, близько 50% розумових здібностей, пов'язаних з переробкою інформації, формується вже до чотирьох років, а до восьми – цей показник сягає 80%.

Розгортання можливостей людину має вікову залежність: чим раніше створюються умови для реалізації можливостей, тим більших кінцевих успіхів може домогтися людина. Дитина народжується на світ з багатим запасів інстинктів і найпростіших безумовно-рефлекторних реакцій, що дозволяють йому вижити в певних умовах існування. Н тлі цих інстинктів і реакцій може створюватися незлі-

ченна безліч траєкторій розвитку, але за обов'язкової умови, що протягом певного для кожного інстинкту і поведінкового акту періоду часу має бути надано підкріплення (наприклад, якщо протягом перших 8-12 тижнів життя не буде створено відповідних умов, то інстинкт плавання у дитини згасає). Такий же часовий залежністю підкріплюють впливів відрізняється розвиток таких якостей, здібностей і можливостей людини, як рухові якості, мова, характер вегетативної нервової регуляції і т.д. Наприклад, якщо протягом перших тижнів і місяців життя дитина не отримує достатньо мовної інформації, то розвивається так званий «феномен Каспара Хаузер», і з кожним наступним роком розвиток мовної функції стає все більш складним; якщо, починаючи з періоду внутрішньоутробного розвитку і протягом перших трьох років після народження мозок дитини не отримував адекватний обсяг інформації, то його інтелект виявляється збитковим протягом усього подальшого життя.

У кожному періоді вікового розвитку відповідно до програми йде переважне становлення якої-небудь однієї або груп функціональних систем, що забезпечує оптимальні умови адаптації. Ця обставина зумовлює необхідність внесення відповідних коректив у спосіб життя на даному етапі. Так, в період інтенсивного розвитку мозку відзначається підвищена чутливість організму до нестачі білка в їжі, речедвігательних функцій – до дефіциту мовного спілкування, а моторики – до недостатнього рівня активності рухової.

Специфіка розвитку та адаптації дитини на кожнім віковому етапі підкріплюються адекватним станом його життєдіяльності, і абсолютно неправомірно порівнювати особливості останньої у представників різних вікових груп за принципом «краще – гірше», тому що кожному віку притаманна своя специфіка функціонування організму. Поза сумнівом, ці особливості повинні враховуватися в побудові образу життя людини (особливо дитини) на всіх етапах його вікового розвитку.

На підставі дослідження конституціональної біології та антропометрії виділяють такі паспортні вікові періоди розвитку людини в онтогенезі:

- Новонароджений (до 10 днів),

- Немовля (до 1 року),
- Раннє дитинство (до 3 років),
- Перше дитинство (до 7 років),
- Друге дитинство (до 11 років дівчатка, до 12 років – хлопчики);
- Підлітковий вік (до 15 років дівчатка, до 16лет – юнаки);
- Юнацький вік (до 20 лет – жінки, до 21 року – чоловіки);
- Середній вік (перший період – до 35 років другий період – до 55 років жінки, до 60 років чоловіки);
- Літній вік (до 75 років);
- Старечий вік (до 90 років);
- Довгожителі (старше 90 років).

У віковому розвитку людини знаходить своє обґрунтування і представляється фізіологічним гетерохронізм (тобто різний час) розгортання функцій, тому що в кожному віковому періоді організм змушений вирішувати властиві саме цьому часу домінуючі особливості розвитку (накопичення маси, становлення вегетативної регуляції, дозрівання мозку, розвиток рухових функцій і т.д.). У ранні, дитячі періоди, – синтезу клітинних елементів і взаємоузгодження функціональних систем через становлення нервової і гуморальної регуляції, – особливо інтенсивно протікає структурно-функціональна інтеграція. Навпаки, у старших віках, коли переважає катаболізм, життєздатність дедалі більше зміщується у бік ентропії, що зумовлює зрештою смерть. Такий погляд відбиває реалізацію генетичної програми індивіда, запас якої, природно, більш великий і розгорнутий у часі у дітей і певною мірою вже вичерпаний у старших віках.

В оцінці організації, змісту і методики формування психологічного здоров'я віковий аспект виключно важливий. Саме тому в кожний віковий період лікар має оцінювати наступні особливості людини: характер обміну речовин; переважаючий тип вегетативної нервової регуляції; швидкість включення до навантаження і відновлення після нього; особливості функціонування імунної системи, психічний статус; домінуючі потреби і інтереси.

В даний час багатьма фізіологічними, психологічними та іншими дослідженнями показано, що приблизно кожні 12 років в організмі відзначається своєрідний криза, яка захоплює буквально всі сторони його життєдіяльності – морфологічні, функціональні, психологічні, соціальні та ін. Ось чому з позицій забезпечення психологічного здоров'я в таких критичних роках (орієнтовно – в 12, 25, 37, 49 та 67 лет) людина повинна переглядати основи свого способу життя, вносячи в них корективи. Природно, що цьому повинні передувати досконале вивчення особливостей наближення нового вікового етапу і підготовка до поступового входження в нього.

3.1.1 Характеристика психічного розвитку (за розробками Г.С.Костюка)

Український психолог Григорій Силович Костюк розробив **принцип розвитку у психології**, який став центральним у розумінні природи психічного розвитку особистості.

За положеннями цього принципу, розвиток людської особистості – це безперервний процес, що виявляється у кількісних і якісних змінах людської істоти. Кількісні зміни, тобто збільшення одних і зменшення інших її ознак, зумовлюють виникнення якісно нових і знищення старих психічних властивостей. Кількісні та якісні зміни, особливо помітні в утробному періоді розвитку людини, коли її організм за короткий час перетворюється із зародкової клітини в людську істоту. Кількісні та якісні зміни відбуваються протягом усіх етапів онтогенезу.

Психіка дитини формується з віком та ускладнюється як структурно організована динамічна система. **Процес психічного розвитку** йде не від елементів до цілого, а **від структурно нижчого до вищого цілого**. У процесі психічного розвитку дитини дифузні прояви її активності перетворюються, за даними Г. С. Костюка, в дії, регульовані образами об'єктів, що їх викликають. Ці дії ведуть до збагачення чуттєвого пізнання світу.

Водночас формуються емоції, почуття та мнемічні дії, що характеризують розвиток пам'яті. Розвивається мислення, переходячи від

наочно-дійової до наочно-образної та поняттєвої форми. Під час набуття дитиною досвіду засвоюються різні види її предметної діяльності, що спричиняє подальший розвиток психіки дитини. Взаємозв'язок психіки і діяльності стає джерелом прогресивних змін.

За даними Г. С. Костюка, **онтогенез людського організму визначається біологічною спадковістю, онтогенез особистості – соціальною спадковістю. Біологічна спадко**вість має своїм джерелом генетичний апарат людини, що сформувався в процесі біологічної еволюції і визначає розвиток її організму.**Соціальна спадковість** представлена сукупністю культурних досягнень людства, накопичених у процесі його історичного і суспільного розвитку. Г. С. Костюк підкреслює, що «результат індивідуальної історії розвитку зумовлений не тільки природними даними, а й суспільними обставинами і діяльністю самої дитини».

Суспільні умови впливають на психічний розвиток індивіда завдяки історично виробленим засобам, притаманним лише людству.

На думку Г. С. Костюка, процес становлення людської особистості здійснюється як «саморух», якому властива єдність зовнішніх і внутрішніх умов.

Складний характер «саморуху» розвитку особистості був розкритий Г. С. Костюком. Однією з основних суперечностей, що закономірно виявляється на всіх вікових етапах, є розходження між новими потребами, цілями, прагненнями особистості, яка розвивається, та рівнем реального оволодіння засобами, необхідними для їх задоволення.

Такі суперечності виникають тому, що мотиваційний бік розвитку особистості випереджає його змістову й операційну сторони. Навчання систематично спонукає до розвитку внутрішніх суперечностей, до їх усвідомлення учнями та розгортання активної діяльності, спрямованої на їх усунення, тобто відбувається наступний крок вперед у розвитку пізнавальної діяльності особистості.

Діалектичні суперечності виникають також між досягнутим рівнем розвитку індивіда та способом його життя, місцем, яке він посідає в системі суспільних відносин. У підростаючої особистості виникає прагнення розширити свої взаємини з навколишнім се-

редовищем, включитися в нові види суспільної діяльності. В ході реалізації такого прагнення виникають нові стимули до подальшого розвитку. Виникнення специфічних суперечностей характеризує розвиток емоційної сфери особистості. Вони пов'язані з полярністю, амбівалентністю більшості емоцій, які переживаються як протилежні (задоволення – незадоволення, радість – сум тощо).

Єдність і боротьба протилежних емоцій визначають розвиток емоційної сфери, перехід від ситуаційних емоційних станів до стійких почуттів, властивих особистості. Стійкі почуття особистості формуються через усвідомлення протилежних переживань (наприклад, почуття сміливості формується через усвідомлення і поборення страху).

Отже, як переконливо показав у своїх працях Г. С. Костюк, **внутрішні суперечності на кожному етапі онтогенезу особистості набувають свого специфічного змісту.**

Внутрішні суперечності можуть не усвідомлюватися на початкових етапах розвитку особистості, але на подальших етапах часто стають об'єктом самосвідомості, переживаються особистістю як невдоволення собою, як свідоме, активне прагнення до самовдосконалення.

Вихователі, вчителі, шкільні психологи, батьки мають розуміти діалектичний характер розвитку особистості, допомагати дитині усвідомлювати суперечності, знаходити адекватні способи їх подолання, тобто забезпечувати умови для здійснення «саморуху» особистості у своєму становленні.

3.1.2 Вікові закономірності розвитку психіки, вплив психосоціальних обставин. Кризи розвитку.

Психологія – одна з наук про людину. Об'єктом її вивчення є найскладніша сфера життєдіяльності людини – психіка. Предметом психології є закономірності розвитку і проявів психічних явищ та її механізми.

Матеріальним субстратом психіки є нервова система та її периферійні органи – рецептори.

Розрізняють наступні основні **етапи розвитку нервової системи:**

- Дифузна.
- Ганглієва (вузлова і ланцюгова).
- Трубчаста.

Відомі наступні етапи розвитку **централізованої нервової системи (ЦНС):**

- Ланцюжкова нервова система
- Цереброспінальна нервова система
- Центральна нервова система з вищим відділом – головним мозком

З виникненням нервової системи, основною властивістю якої є чутливість до впливів навколишнього середовища, пов'язане виникнення психічного відображення, яке ускладнювалось відповідно до ускладнення умов життя.

Розрізняють наступні **стадії розвитку психіки тварин:**

- Елементарна сенсорна психіка.
- Перцептивна психіка.
- Інтелект

В свою чергу, **етапами розвитку психіки є:**

- Подразливість
- Чутливість
- Інстинкти
- Научення
- Інтелектуальна діяльність
- Свідомість

У процесі біологічного етапу розвитку психіки утворилися передумови для появи вищих, специфічно людських форм психіки – свідомості. Знання біологічного етапу розвитку психіки як передісторії людської свідомості дає можливість науково пояснити її виникнення.

Протягом історичного розвитку в різних видах діяльності у людини поступово формувалися специфічно людська, свідомо спрямовувана пізнавальна діяльність, уява, людські почуття та

якості волі, різноманітні психічні властивості, які істотно відрізняються від інстинктивної психічної діяльності тварин.

Праця, суспільний спосіб життя є основними передумовами історичного розвитку людської свідомості як вищої форми психіки, в якій виявляється ставлення людини до свого середовища, здатність змінювати природу, пристосовувати її до своїх потреб.

Закономірності психічного розвитку характеризуються нерівномірністю та гетерохронністю. Нерівномірність розвитку виявляється в тому, що різні психічні функції, властивості та новоутворення розвиваються нерівномірно: кожна з них має свої стадії підйому, стабілізації та спаду. Гетерохронність або асинхронність проявляється в неспівпадінні фаз розвитку окремих органів та функцій.

На думку Анохіна П.К., гетерохронність є закономірністю в нерівномірному розгортанні спадкової інформації. Він також розглядає внутрішньосистемну та міжсистемну гетерохронність. Внутрішньосистемна гетерохронність проявляється в неоднорідній закладці та різних темпах дозрівання окремих фрагментів однієї і тієї ж функції, а міжсистемна відноситься до закладки і темпів розвитку структурних утворень, які будуть необхідні організму в різні періоди його постнатального розвитку. Наприклад, спочатку формуються філогенетично більш давні аналізатори, а потім більш молоді.

Існує низка **теорій психічного розвитку**, в тому числі:

- Біогенетичний підхід або психоаналітичний підхід (**теорія З. Фрейда**)
- Соціогенетичний підхід (**концепція Е. Еріксона**)
- Когнітивні теорії (**концепція Ж. Піаже**)
- Персоногенетичний підхід (**концепції А.Маслоу, К.Роджерс**)
- Екологічна модель розвитку (**теорія Г. Крайга**)

Кризи розвитку – це перехідні ситуації в житті людини, які характеризуються виникненням психологічних змін та новоутворень, та сприяють переходу на наступний віковий етап.

У науковій літературі першою була описана криза підліткового віку. Пізніше відкрили кризу трьох років, потім кризу сім років. Крім цього виокремлюють кризи новонародженого та першого

року життя. Таким чином, дитина від народження до періоду юності переживає п'ять кризових періодів.

Будь-яка **криза має два боки, руйнуючий та конструктивний**. Також кризи розвитку характеризується відсутністю чітких меж. Тому батькам, педагогам, вихователям та лікарям необхідно знати психологічну картину кризи, а також індивідуальні особливості дитини.

Так, **криза новонародженості**, обумовлена актом родів. Акт родів є сильним стресом для плода. З інкубаторних умов лона матері, де були забезпечені безпека і харчування, плід повинен протиснутись через вузькі родові шляхи під час чого вперше відчуває сильне стиснення. З теплих і ніжних навколоплідних вод він попадає в нове суворе середовище. Плід вимушений дихати і самостійно смоктати материнське молоко. Всі новонароджені живі істоти (риби, птахи, ссавці) мовчать. Кричить лише людська дитина. Отже, першим проявом появи на світ здорової людської дитини є її крик. Крик новонародженого – ідеальна діяльність його (Гегель). Сите, сухе, доглянуте, здорове немовля здебільшого спить. Якщо немовля відчуває в чомусь потребу (наприклад, хоче їсти), воно прокидається і кричить, що є сигналом для батьків щодо необхідності відповідної допомоги.

На шостому тижні життя у здорової дитини повинен проявитись комплекс оживлення. Це є своєрідний комплекс емоційних проявів при сприйманні дитиною приємних, радісних впливів. На неприємні відчуття (голод, холод, тиснення, біль, вологу тощо) здорова дитина повинна реагувати криком і плачем відразу після народження.

Першим етапом спілкування є безпосередньо – емоційне спілкування. На голос, міміку і жести дорослого дитина відповідає звуками, некоординованими рухами кінцівок і тулуба, посмішкою, криком або плачем.

З другого місяця життя немовля прагне активно привернути до себе увагу. М.Лісіна і С.Мещерякова-Замогильна вперше встановили, що комплекс оживлення є не реакцією, а активною акцією дитини. Якщо дорослі привертають немовляті достатньо уваги – дитина активізується. Проте, якщо приділяти надто багато

уяви – дитина стає менш активною. Спрацьовує вроджений механізм зворотного зв'язку за принципом: «для чого витрачати енергію на активізацію, коли мені і так приділяють стільки уваги, що від неї можна втомитись». Отже, уже на цьому етапі догляду за малюком необхідно дотримуватись правила «золотої середини». Необхідно тонко відчувати межу, коли необхідно згорнути свою активність. Не можна підмінювати своєю активністю активність дитини. Потрібно вести його за собою, а не пускати цей процес на самоплив.

Приблизно у рік дитина повинна пережити «**кризу одного року**». Сутність кризи полягає в тому, що дитину починає цікавити уже сам оточуючий світ, а не лише батьки. Безпосередньо – емоційне спілкування замінюється предметно-маніпулятивною діяльністю. До цього часу, якщо батьки показували дитині іграшку, вона могла доторкнутись до неї, певний час потримати в руці і випускала. Іграшка була для дитини нецікавою. Всю свою увагу вона зосереджувала на емоційному контакті з батьками, а не з оточуючими предметами. А з кризою одного року дитину починає цікавити оточуючий світ, в тому числі і іграшки. Якщо дитину щось зацікавило, вона проявляє активність, щоб отримати цю річ. Дитина починає дотягуватись, долізати, «виплакувати» предмет, який її зацікавив. Примітивно граючись (маніпулюючи) з цими предметами (здебільшого безпечними іграшками), дитина вивчає і засвоює важливе для себе питання «Що я можу?» Здебільшого дитина пробує іграшку на смак, чи можна її з'їсти? Відтак, бавиться з нею. «Найкраще що може зробити дитина з іграшкою – це зламати її» (Гегель). Дитині цікаво, що у ляльки всередині, їй цікаво, як з неї вилазить вата. В той же час їй жаль розірваного нею плюшевого ведмедика. Саме у поєднанні емоцій цікавості з радістю від того, що дитина щось пізнала і жалості, що зіпсувала іграшку проявляється дитяча амбівалентність як органічна складова «кризи одного року». Маніпулювання є основою подальшого психічного розвитку. Встановлення цього факту дало можливість І.Соколянському і М.Мещеряковій доказати, що починати навчання сліпоглухонімих з засвоєння мови є безперспективним. Навчання потрібно починати з формування найпростіших нави-

чок самообслуговування, Потрібно, щоб предмет (ложка, чашка, стілець і т.п.) «ожив» в руках дитини, почав «виконувати» свою функцію.

Отже, сутністю кризи «одного року життя» є переключення спектру інтересів дитини з батьків на оточуючий світ і вивчення його за допомогою примітивного маніпулювання з нерідким пошкодженням предметів або себе предметами. Це є необхідним для подальшого розвитку дитини. Іграшки повинні бути атравматичними і доступними по ціні, щоб не було жаль, коли дитина її зіпсує.

В кінці третього року життя розвивається наступна криза «**криза третього року**». Мотиви поведінки дитини змінюються. До цього часу батьки були авторитетами, чия воля не викликала сумнів, а з кризою третього року життя дитина протиставляє себе оточуючому світові і батькам. На цьому етапі становлення особистості дитина вивчає питання «А що буде, якщо я поступлю навпаки інструкціям батьків?». Слухняний милий карапуз перетворюється у диктатора.

Дитина прагне зробити сама і посильне і непосильне. Найчастішою реакцією на допомогу батьків є протест: «Я сам!». Дитина активно вивчає властивості води, піску, вогню, губної помади, всього, що її цікавить. Значна частина «експериментів» призводить до конфлікту з батьками. Небезпечні предмети у цей період повинні бути недоступними для дитини.

Вивчаючи світ дитина зводить батька питаннями: «А що це?», «А чому це?». В більшості випадків з власного досвіду (частіше інтуїтивно) батьки вибирають правильний стиль поведінки, який би задовольнив природну цікавість дитини і не приніс би їй шкоди. Проте інколи внаслідок різних причин (або, частіше, поєднання кількох їх) криза третього року життя може перерости у виражений негативізм, спотворені відносини з оточуючими. Саме у цей період життя починають формуватись акцентуації особистості і психопатії. Більшість психопатій, так званих «крайових» визначаються саме неправильним типом виховання.

Таким чином, криза третього року життя є необхідною умовою формування здорової особистості. Благоприємний перебіг

цієї кризи в основному визначається правильним стилем поведінки батьків і вихователів. Необхідно дати можливість яскраво проявитись усім багатогранним проявам цієї кризи і в той же час не дати можливості сформуватись психопатії. Дорослі повинні пам'ятати, що якщо не буде яскравої кризи третього року життя не буде і повноцінної дитини. Виховання дитини у цей період повинно зводитись до максимального насичення природних потреб дитини у формуванні свого «я» і попередження переростання кризи у патологічні форми розвитку особистості.

Після кризи третього року життя у дитини із здоровим психічним розвитком повинен наступити **етап гри**.

3.1.3 Виховання, функції та особливості. Типи неправильного виховання за А.А.Портновим.

Виховання – це процес підготовки людей до того, щоб вони могли виконувати необхідну, корисну діяльність. У ролі вихователя виступають найрізноманітніші суб'єкти: суспільство, держава, нація, суспільна група, громадська організація, колектив, церква, школа, родина і т.д. **Суб'єктом виховання** може бути також окремо взятий індивід, який справляє свій вплив на інших індивідів (член сім'ї, колективу, керівник, учитель, проповідник, друг, товариш і т.д.). Відповідно бувають різними й **об'єкти виховання** (вихованці). Вони різняться за віком, статтю, національністю, соціальним станом, освітою, професією, фахом, індивідуальними схильностями, звичками тощо. І до таких особливостей різних груп людей суспільство прагне пристосувати свою систему виховання, її форми, методи, засоби. Специфічною і разом з тим дуже важливою формою виховання є самовиховання особистості. Тут суб'єктом і об'єктом виховання виступає одна і та ж людина. У даному разі особистість свідомо прагне виробити певні людські, зокрема моральні, вольові і фізичні якості. Самовиховання, як правило, здійснюється паралельно з такими процесами як самоаналіз, самоспостереження, самооцінка, самоосвіта. Одне слово – разом з процесом самоудосконалення особистості.

Коли у ролі суб'єкта виховної діяльності виступає суспільство, то такий вид виховання називають суспільним. Суспільне виховання є абсолютно необхідним засобом у самозбереженні і розвитку людства, його цивілізації, матеріальної та духовної культури. Тому кожне суспільство створює і удосконалює свою систему виховання. Система виховання включає в себе його цілі. Найбільш загальна, так би мовити, інтегративна мета виховної діяльності суспільства полягає у тому, шоб передати новому поколінню людей соціальний і духовний досвід, підготувати підростаюче покоління до продуктивної праці та інших видів суспільної діяльності.

Родина є природним середовищем первинної соціалізації дитини, джерелом її матеріальної та емоційної підтримки, засобом збереження і передання культурних цінностей від покоління до покоління. З перших днів появи дитини на світ сім'я покликана готувати її до життя та практичної діяльності, в домашніх умовах забезпечити розумну організацію її життя, допомогти засвоїти позитивний досвід старших поколінь, набути власного досвіду поведінки й діяльності.21*

Видатний російський психіатр А.А.Портнов визначив основні **чотири типи неправильного виховання**, які калічать психічне здоров'я дитини та формують відповідні типи психопатій.

Виділяють чотири основні типи неправильного виховання:

1.»**гіперопіка**» – батьки надмірно опікають малюка, роблять все за нього (одягають, роздягають, взувають, годують), не дають розвивати навички, якими володіють однолітки. Коли дитина іде до школи, більшу частину домашніх завдань виконують батьки або репетитори. Іншими словами, батьки активно пригнічують самостійність дитини. Внаслідок такого «виховання» у дитини формуються психастенічні риси особистості.

2.»**кумир сім'ї**»- при такому типі виховання дитина знаходиться в центрі уваги всієї сім'ї або деяких їх членів («мамина доня», «бабусине золотко», «татусів скарб» тощо). Всі бажання, примхи і забаганки дитини негайно виконуються. Дитину не привчають адекватно сприймати і розуміти поняття «це зробити не можна», «це здійснити немає можливості». Така дитина твердо впевнена в правоті понять «я хочу, а ви зобов'язані це зро-

бити». Спроба відмови виконати чергову забаганку такої дитини викликає бурхливий протест з вираженою істеричною поведінкою. В результаті такого виховання виростає індивід з істероїдними рисами особистості (нерідко мають місце певні психоастенічні риси характеру);

3.»**гіпоопіка**» – такі діти здебільшого виховуються у неповних або соціально несприятливих сім'ях. Батьки зловживають спиртними напоями, наркотиками, займаються бізнесом або іншими своїми справами і не приділяють належної уваги вихованню малюка. Така дитина «виживає» сама, її виховує вулиця зі своїми неписаними законами. Якщо дитина фізично міцна і рішуча, вона може за себе постояти і тоді починає користуватись авторитетом у своїй компанії. Якщо вона фізично слабка і нерішуча – її всі цькують, знущаються над нею. В першому випадку у такої дитини формується психопатія збудливого типу, у другому – особистість має риси психоастенії, шизоїдності.

4.»**попелюшка**» – батьки не люблять дитину, психологічний клімат в сім'ї бідний, увага до дитини недостатня. Дитина є тягарем для батьків, інколи – ще і нагадуванням про невдалі спроби зробити аборт. Нерідко дитина нещадно експлуатується, виконує непосильну роботу, її заставляють жебракувати, імітувати роль каліки або потерпілої внаслідок природної катастрофи. Цигани таких викрадених або підібраних на вулиці дітей калічать, щоб вони краще виконували роль жебраків. Такі діти позбавлені сутності поняття «дитинство». Інколи жертвами такого виховання стає дитина від першого шлюбу, коли з'являється сиблінг від другого шлюбу. Дитина від другого шлюбу є бажаною, їй приділяють належну увагу, а дитина від першого шлюбу всім заважає і всіх дратує. На її долю випадають лише образи, прокльони і покарання. Зрозуміло, що особистість такої дитини буде деформованою.

Психопатії, які сформувались внаслідок неправильного виховання носять назву «крайових». Найчастіше розлади особистості (психопатії чи акцентуації особистості) формується при поєднаній дії біологічного фактору і неправильного виховання.

3.1.4 Психологічні особливості дитячого та юнацького віку. Типові психологічні кризи.

Моделі взаємодії лікар-пацієнт:

Психічне здоров'я дитини здебільшого корелює з даними психофізичного розвитку.

Новонароджена дитина більшу частину доби спить, у неї наявні вроджені безумовні рефлекси – оральні (пошуковий, долонно-ротовий, хоботковий, смоктальний); спінальні – захисний (повертає голову набік в положенні на животі), опори (стоїть на всій стопі при підтримці), автоматичної ходи (переступає), повзання (відштовхується ніжками від опори в положенні на животі і пересувається), хапальний (стискує палець, притулившись до долоні, висить на руках). Їй властиві атетозоподібні рухи, напівзігнуте положення, гіпертонія в групі згиначів, голосний крик.

Дитині віком 3 місяці в нормі притаманний хороший настрій; вона активна, добре тримає голову вертикально, аґукає, стежить за предметами, посміхається, тягнеться до іграшок. У цьому віці зникають атетозоподібні рухи і гіпертонія в згиначах, частина вроджених безумовних рефлексів; наявні деякі умовні рефлекси.

Дитина в 6 місяців спить 16-18 год., активна, емоційна, сидить, хапає іграшки, вимовляє окремі склади, розрізняє знайомі обличчя, повертається зі спини на живіт, у неї легко формуються умовні рефлекси.

Дитина віком 1 рік ходить, вимовляє окремі слова, знає назви частин тіла і окремих предметів, дуже рухлива і допитлива.

Дитина 2-3 років контактна, всім цікавиться, бігає, грається дрібними предметами.

У віці від 3 до 5 років ускладнюється мова, дитина швидко запам'ятовує слова, легко навчається іноземної мови, малювання, музики.

Дитина 6-8 років передає свої думки і враження, проте в її діяльності ще переважають ігрові елементи; самокритика і самоконтроль низькі. У шкільний і підлітковий період удосконалюються аналізаторна і синтезуюча діяльність кори великого мозку, закріплюються реакції активного гальмування, асоціативні зв'язки.

Дані порівняльної зоопсихології свідчать, що гра є важливою складовою формування психіки тварин. Чим більше високоорганізовані тварини – тим більше часу їх діти граються. Основним видом діяльності людських дітей віком від трьох до шести років є саме ігрова діяльність. Після трьох років предметно-маніпуляційна діяльність з елементами забави замінюється якісно новим видом гри, а саме ролевою грою. Під час ролевої гри створюються різноманітні ситуації. І дитина, і іграшки і інші предмети виконують свою роль, грають за певними правилами. Гра розвиває і тренує пам'ять, сприймання, мислення, кмітливість і, особливо, фантазію. В процесі гри дитина органічно поєднує в собі сценариста, режисера і виконавця. Для дитини гра це реальність, а безпосередня участь у цій реальності є природною. Навіть талановиті дорослі актори удосконалюють свій природній талант у відповідних навчальних закладах, а діти чудово грають свої ролі у кінофільмах без усілякої попередньої акторської освіти. Саме в іграх і за допомогою них дитина засвоює в умовно-ігровій формі предметний світ. Проявляючи свої емоції і вольову діяльність під час ігор дитина формує в собі відповідні маски характеру, які потім використовує у реальному житті. Ігрові мотиви здатні включити приховані механізми адаптації і адекватного реагування у вигляді координованих цілеспрямованих рухів і дій, які поза грою не проявляються. Так діти, які погано володіють навичками одягання, швидко і охайно одягаються під час гри змагань «хто швидше одягнеться?», або коли дитина почує бажану новину: «Швиденько і охайно одягнись! Зараз підемо в лялковий театр». Непосидюча дитина може тривалий час нерухомо стояти на варті, виконуючи роль вартового. Подібний епізод став основою оповідання Л.Пантелєєва «Чесне слово».

Саме гра формує творчі здібності дитини. Наскільки складною і важливою для формування особистості є дитяча гра, свідчить наступний факт. Коли авторитетний дитячий психолог Піаже розповів Ейнштейну про сутність ігрової діяльності дітей, Ейнштейн зауважив: «Я зрозумів, що атомне ядро є дитячою грою в порівнянні з грою дитини».

Досвід свідчить про те, що діти, які «не дограли « у дитинстві, потім, здебільшого, байдужі і до навчання, не бажають вчитись. Психологами встановлено, що ролева гра у дитини не виникає спонтанно. Гра є активним процесом. Діти не стільки вигадують ігри, як вчаться гратись.

Хто в дитинстві погано грався, той і в школі здебільшого погано навчається. У такої дитини недостатньо розвинені фантазія і творчі здібності. Якщо дитина 4-5 років на заохочення батьків чи вихователів «Іди пограйся» не реагує, це є тривожним симптомом. Таку дитину потрібно проконсультувати у психолога або психіатра. Нічого доброго не дає насильне навчання дітей з 4-5 років музиці або іноземним мовам. Мається на увазі саме насильне навчання, замість ігрової діяльності. Якщо ж вивчення мови має форму цікавої гри і дитина засвоює розмовну мову мимовільно, не примушуючи себе, це є корисно. Якщо дитина не проявляє цікавості до якоїсь діяльності, заставляти її не потрібно.

Звідси практична рекомендація батькам і вихователям. Всьому є свій час, не намагайтесь його випередити. Дитяча гра – це дуже серйозно і забування цієї істини пізніше жорстоко помститься.

В 6-7 років дитина уже готова сприймати шкільне навчання. Проте слід зауважити, що для більшості семирічних дітей дійсно гра стає уже не такою цікавою, як раніше. В цей час ігри міняють свою активацію. Вони залишаються бути ролевими, але головна мета їх стає завоювати авторитет серед ровесників. В іграх визначається хто краще володіє скакалкою, хто швидше пройде «класи», хто краще грає в «доганялку», хто краще ховається у схованках тощо. Хоча семирічна дитина уже готова до шкільного навчання, виконувати обов'язки їй ще важко.

Шкільний період:Дитина починає виконувати суспільно-важливу діяльність. Оцінка навколишніми. Гру можна обірвати, а до навчання дорослі відносяться з повагою. Шкільне життя вимагає систематичного і обов'язкового виконання ряду правил, які для всіх є обов'язковими і котрим підкоряється поведінка дитини в школі.

Школа є переходом із сім'ї в громадське суспільство.

В молодшому шкільному віці (7-11 років) дитина проходить етап уособлення людини в особистість. Духовний світ дошкільника ґрунтується на відомостях; духовний світ молодшого школяра знаменує собою початок «сходження до понять». Звідси головний смисл навчання – перехід від чуттєвого сприймання до абстрактного мислення.

В церковно-приходських школах діти навчались письму, рахунку, грамоті, але не умінню учитись. В сучасній початковій школі діти повинні навчитись учитись.

Потрібно відмітити, що на теренах держав колишньої царської Росії традиційно склався своєрідний стиль навчання, запозичений у ордена отців-ієзуїтів. Сутність його, в основному зводилась до того, щоб школярі заучували правила і факти. Головним завданням школи було механічне засвоєння знань. Вихованню широкого світогляду і становленню особистості приділялось менше уваги.

В теперішні часи положення змінюється. Все більше поширюються погляди видатного українського психолога Зінченко про включення в навчальний процес мимовільної уваги і емоційного компоненту. Перетворити навчання з примусу на приємну і бажану діяльність – ось сутність цього методу, який є набагато ефективнішим від традиційного. Як допоміжний засіб висувається теза про «винагороду за успіх», а не «покарання за невдачу». В школах знімається страх перед навчанням. Розробляються інструктивні матеріали щодо тривалості активної частини заняття в різних класах. На черзі стоїть практичне вирішення питання щодо збереження і укріплення фізичного здоров'я школярів. Педагоги зрозуміли глибоку істину наших предків «В здоровому тілі – здоровий дух». Як відомо в Царськосельському ліцеї третина навчального часу виділялась для активної рухової діяльності (класична гімнастика, «шведська стінка», танці, скачки на конях, фехтування тощо.

На перервах дитина повинна «вибігатись», вихлюпнути свою енергію і емоції. Розбита шибка внаслідок дитячих пустощів і скалічене життя внаслідок відсутності пустощів це дві неспівставимі речі.

Суттєвим недоліком виховання в школі є стандартні умови для всіх дітей. А темперамент у них різний. Є так звані «гіперакти-

вні» діти. Їм практично неможливо виконати роль «емоційної» дитини. Насилля у цьому плані завдає великої шкоди психічному здоров'ю цієї дитини і калічить її життя. Свою енергію вона «викине» на вулиці, нерідко у вигляді асоціальних проступків. Психологи рекомендують гіперактивну дитину віддавати на навчання в другу зміну, щоб зранку вона «вихлюпнула» свою енергію. При необхідності можна «штучно» допомогти такій дитині шляхом призначення засобів легкої стимулюючої дії, але ні в якому разі не назначаючи седативні і транквілізуючі препарати.

Підлітковий вік. «Підліток – дитина на підрості». «Уже не дитина – ще не дорослий». (В.Даль). Цей вік відрізняється психологічними проявами, які названі «важким», «кризовим», «перехідним». Л.Виготський виділив основну рису цієї чергової кризи розвитку, а саме домінуючий «паннігілізм». Він рахував, що це явище в цілому позитивне, яке здебільшого дає новий імпульс психічному розвитку людини.

Психологічні новоутворення у цьому віці:

1. Прояв інстинкту «стадності» (групування) (інтереси).
2. Бажання зайняти «своє місце» в колективі ровесників.
3. Бажання завоювати авторитет: визнання товаришів.
4. Орієнтація на вимоги колективу і його суспільну думку.
5. Підвищена увага і вимогливість до себе (спрямованість їх).
6. Схильність до гіперсоціалізації, прагнення до «дорослості».

Типові характеристики підлітка у минулому:

1. «Дикун»: необмеженість уяви, інтенсивність почуття самозбереження, запальність, живість, хитрість, забудькуватість, непостійність, цікавість, безтурботність;

2. «Божевільний»: схильність до суєвірій, ілюзій, неадекватна гордість, резонерство, яке нагадує маячення божевільного, розщеплення між словами і можливістю дій, кривляння, передражнювання, непосидючість.

3. «Злочинець»: схильність до гніву, жорстокості, крайнього марнолюбства і гонору, егоїзму, схильності до алкоголізації і наркотизації, асоціальної поведінки, морального спотворення.

В 20-30 р. підлітка готували до суспільного життя не в якості «трудових резервів», а як реальну складову частину «трудових ресурсів». В минулому підлітки з дванадцяти-чотирнадцяти років працювали на виробництві, заробляли собі на життя. В часи більшовицького терору підлітків за скоєні проступки приговорювали до смертної кари. Під час другої світової війни підлітки з 14 років повинні були виконувати «норму», яка була ледь під силу здоровим дорослим (а енергія підлітка витрачалась не лише на роботу, але і на ріст). Чотирнадцятирічні юнги на флоті вступали у бої з противником. В буржуазному суспільстві підліток із незабезпечених сімей повинен був працювати. В більшості країн світу, в тому числі і у США підлітки самостійно заробляють кошти на так звані «кишенькові» витрати. В ряді випадків це є виправданим, бо підліток пізнає ціну грошам. Проте експлуатація дитини калічить її психічне здоров'я. Наприклад, останнім часом набуло широкого поширення явище, коли батьки, або опікуни розвозять «надресированих» дітей (калік і здорових) на інвалідних візках у людні місця, щоб вони своїми благаннями випрошували «милостиню» у перехожих. Зрозуміло, що така поведінка дорослих калічить душевний стан дитини.

В двадцятих-тридцятих роках більшість підлітків готували до конкретної праці на виробництвах через систему фабрично-заводських училищ (ФЗУ), ремісничих училищ і ПТУ. В сучасних українських селах більшість підлітків систематично виконують посильну роботу по домашньому господарстві, а також сезонну сільськогосподарську роботу. Інколи це негативно відбивається на шкільному навчанні, але у більшості випадків формує правильне відношення до суспільного буття

В кінці 50-х років оформилась загальна неповна середня (восьмирічна) освіта (1958 р.). Це означало, що підлітковий вік, який раніше був здебільшого робочим у нашій країні став шкільним віком. Між працюючим підлітком і підлітком школярем є фундаментальна різниця. Перший працює – другий учиться. Перший добуває собі хліб, а другий не думає про матеріальне забезпечення. Перший не розвивається культурно, а другий розширює свій кругозір і створює передумови для усестороннього духовного розвитку.

Психологи підкреслюють одну із особливостей підліткового віку, а саме встановлення і розвиток особливих особистісних відносин між підлітками, які називаються дійовим спілкуванням. Розвиток повноцінного дійового спілкування є дуже важливим для майбутнього людини. В цей період формується соціальна самосвідомість, як соціальна свідомість перенесена всередину (Л.Виготський).

Формування особистості у підлітка проходить у боротьбі амбітендентності між власною гордістю і егоїзмом і соціальними неписаними нормами поведінки у групі. І наявність здорового егоїзму, і уміння підкоритись соціальним нормам є дуже важливим для збереження психічного здоров'я підлітка і майбутньої особистості.

В підлітковому віці відмічається підвищена образливість. Коли дитину інша дитина відштовхнула у боротьбі за іграшку – дитина плаче, бо не отримала бажаної іграшки. Коли ж штовхнули підлітка – у нього з'являється реакція образи, тому що зневажили саме його як особистість. Отже, у цьому віці змінюється усвідомлення спрямованості і сутності дій оточуючих.

В підлітковому віці оформляється індивідуальна спрямованість духовних інтересів. Сутність їх вдало виразив І.Кант у книзі «Критика чистого розуму»: 1)що я можу знати?; 2)що я повинен робити?; 3) на що я смію надіятись? Здорова зріла особистість повинна адекватно співставляти свої потреби і свої можливості. Ця якість також формується у підлітковому віці.

Що стосується понять «робота» і «забава» – М.Твен описав цікавий феномен у повісті «Пригоди Тома Сойєра». Одне і те ж завдання може бути і невиносимою роботою і цікавою грою. Тома Сойєра заставили фарбувати огорожу, а він перетворив цей трудовий процес у цікаву гру і торгуючи можливістю побавитись «заробив» чимало цікавих речей від ровесників. В любій діяльності повинен бути вираженим елемент зацікавленості. Нерідко у невиконанні роботи грає роль не слаба воля, а не цікавість мети. Мета роботи повинна бути цікавою (Л.Виготський).

У підлітковому віці спостерігається таке явище як акселерація, тобто збільшення росту і прискорення статевого дозрівання.

В той же час у значної частини підлітків спостерігається більш виражена психічна інфантильність. В цьому плані встає практичне питання ролі своєчасного і якісного статевого виховання і статевої просвіти. Світовий досвід свідчить, що статеве виховання повинно передувати статевій просвіті. У нас здебільшого робиться усе навпаки. А точніше, статевим вихованням дітей і підлітків ніхто не займається, а небажані елементи первинної статевої просвіти вони отримують здебільшого на вулиці. Так психолог Л.Петровський приводить наступний приклад. В одній школі завагітніла школярка. Класні керівники отримали завдання провести відповідну роботу. Одна учителька почала статеве виховання і просвіту з того, що затримала шестикласниць після уроків для пояснення як користуватись протизаплідними засобами без усякої попередньої психологічної підготовки. (Більш детально питання статевого виховання і просвіти будуть розглянуті на факультативному курсі із сексології).

Щоб зберегти і укріпити психічне здоров'я підлітка передусім необхідно виховати у нього перспективу. Намагаючись виховати підлітка, потрібно завжди пам'ятати слова нашого педагога і психолога В.Сухомлинського: «Підліток хоче бути хорошим, але не терпить, коли його виховують».

Закінчується підлітковий вік і починається юність з вирішення питання вибору майбутньої професії. Людина відрізняється від тварин зокрема тим, що може кимсь стати. Але якщо людина неправильно вибере професію, то зможе покалічити своє життя, зробити його нещасливим.

Коли обстежували учнів 8-го класу, які вирішили надалі йти учитись в ПТУ, то більшість їх точно знала ким хоче стати. Коли обстежували учнів 8-го класу, які виявили бажання продовжувати навчання у школі, то більшість з них не визначились у виборі професії, а учні 11 класу знали точно, чим будуть займатись у майбутньому. Отже, етап юності у одних людей наступає з 15, а у інших з 18 років.

Ще не так давно, у сімнадцятому віці, поняття «юність» було відсутнім. В умовах сучасності до підлітка відносяться здебільшого як до дитини, а до юнака, як до самостійної особистості (став студентом, пішов служити в Армію, пішов працювати). Природній вік

юності не співпадає із соціальним. Можна почати освоювати майбутню професію в ПТУ, або в училищах в 15 років, а можна у Вузах з 18 років. Право на працю громадянин України має з 16 років, а повнолітнім вважається з 18.

Не менш гостро порівняно з підлітковим віком у юнацькому віці стоїть проблеми «Хочу і можу», а «Хочу і потрібно», «Права і обов'язки». Але ці поняття в юнацькому віці вирішуються більш зріло і соціалізовано. Якщо у підлітковому віці інстинкт продовження роду проявляється лише у зрілості статевого компонента, то у юнацькому до нього приєднуються зародки батьківського інстинкту.

Вибір якості майбутньої професії багато у чому залежить від конкретних історичних умов. Якщо тих дітей, які народились у 1939-1942 роках прийняти за 100%, то народжуваність у 1943-46 роках скоротилась майже наполовину. Ось чому після війни абітурієнтів не вистачало, а надто багато спеціалістів загинуло на фронтах війни. Це привело до того, що у 1950 р. число, хто закінчив 10 класів і потрапив у ВУЗ практично дорівнювали 1:1. Отже, випускникам 10 класу в той час було гарантованим отримання вищої освіти. В 1966 році одночасно випустили учнів 10 і 11 класів, причому популяція випускників збільшилась за рахунок підвищення народжуваності від демобілізованих в 1946-1948 р. солдатів і збільшення кількості осіб, які досягли статевої зрілості. Таким чином, вірогідність поступлення у Вузи скоротилась приблизно до 20-25%. Для решти випускників це було суттєвою психічною травмою.

В умовах сьогодення значно зросли вимоги підлітків і юнаків до батьків. З диференціацією суспільства на багатих і бідних зросло прагнення володіти дорогими і престижними речами, отримати освіту із перспективної спеціальності (здебільшого платну). Поряд з цим останнім часом виросла проблема безпритульності. Безпритульні діти і підлітки знаходяться у школах-інтернатах, після закінчення яких є по суті викинуті на вулицю, що є значною психічною травмою.

Останнім часом значна частина молодих людей, котрі вступають в самостійне життя переживають своєрідну «**кризу деілю-**

зії», сутність якої обумовлена переживанням внутрішнього конфлікту між створеними у мріях ідеалами і реальним життям. Наприклад, юнаки, котрі призвані до строкової служби у армії нерідко стикаються з ганебними і жорстокими проявами неформальних позастатутних відносин (так званою «дідівщиною»), студентки у гуртожитках бачать прояви статевої розпусти частини інших дівчат, котрі «підзаробляють» собі на життя проституцією, після отримання професійної освіти молодий спеціаліст не може знайти роботу за фахом. У якості приклада приводимо прояви професійної деілюзії медика.

Молоді схильні до ілюзій. Як і більшість людей медикам-початківцям (крім студентів з лікарських династій) значна частина їх вважає медицину всесильною. Такі люди при зустрічі з практичною медициною переживають деілюзію – розчарування. Медицина може успішно лікувати лише гострі патологічні стани, а не вилікувати всіх людей на всіх етапах хвороби. Проте, гіпертрофія деілюзії є шкідливою. Медик перестає бачити хворого а лише фіксує «випадки з практики». Медики з надмірною самооцінкою лідерів починають переживати, що вони не можуть внести вирішальну особисту заслугу в умовах колективної роботи (бригадира реанімаційного відділення, етапне лікування інфаркту міокарда і т.п.). У деяких молодих медиків при невдачах опускаються руки. Певна частина звикається з тим, що вони «не боги» і тоді вони перестають критично самооцінювати чи все можливе вони зробили для допомоги хворому. У частини молодих лікарів розвиваються нервозність по відношенню до хворих, а також колег і вони наперед викликають у інших антипатію, псують собі і іншим життя.

Отже, вікові особливості психічного здоров'я людей і проблеми становлення особистості значною мірою залежать від конкретних історичних умов суспільства. Психічне здоров'я окремої людини в різні вікові періоди залежить від соціальних і моральних умов суспільства у цілому. Особливо це стосується дітей, підлітків і юнаків, нервова система яких ще розвивається і стресові впливи руйнують вищу нервову діяльність в значно більшій мірі ніж у людей із зрілою нервовою системою.

3.1.5 Психологічна характеристика зрілості і старості. Криза середнього віку. Поняття старечості. Інволюційна криза.

Кризи є необхідною фазою розвитку людини. Якщо криза протікає в'яло – то це здебільшого приводить до відхилень психічного розвитку і становлення особистості. Якщо немає кризи – немає нового у формуванні вищої психічної діяльності людини. Після 30 років людина вступає у пору зрілості. Одним із важливих критеріїв оцінки психічного здоров'я дорослої людини є стан її особистісної зрілості. Зрілість особистості визначається рівнем гармонійного розвитку всіх сфер психіки, можливістю адаптації до навколишнього середовища, здатністю досягти реальних результатів у своїй діяльності, а також рівнем об'єктивної самооцінки.

Ось деякі основні показники, згідно котрим можна відрізнити зрілу особистість від незрілої. Незріла особистість намагається змінити інших людей, пристосовувати їх до себе. Зріла особистість намагається змінити в першу чергу себе і переходить на гармонійну саморегуляцію у взаємовідносинах. При конфліктах незріла особистість говорить: «Наді мною знущались». Зріла особистість самокритично оцінює: «Я сам дозволив познущатись над собою».

Незріла особистість понад усе намагається змінити обставини, зріла – в першу чергу – пристосовуватись до них. В кожному мінусі вона намагається знайти і долю позитивного. Незріла особистість часто знає, але не уміє. Зріла не лише знає, але і уміє. Ось чому незріла особистість, в основному, критикує, а зріла робить справу (хоч інколи при цьому мовчить або злиться). Незріла особистість намагається влаштувати в першу чергу своє особисте життя, а потім справи. В результаті не влаштовується ні те, ні інше і така людина попадає в залежність від інших людей. Зріла особистість в першу чергу влаштовує свої справи і отримує незалежність. Особисте життя влаштовується само по собі на основі саморегуляції.

Потреби зрілої особистості витікають із потенційних можливостей, з її успіхів, її справ. Незріла особистість, не роблячи справи, копіює потреби зрілої особистості, збільшує їх розміри, не рахуючись з своїми реальними потенційними можливостями. (Згадайте

потреби дорослих дітей, котрі сидять на шиї у своїх старіючих батьків).

Незріла особистість думає про результати, а зріла про діло, а результат приходить після його завершення. Незріла особистість хоче більше, ніж має, заслуговує і може. Вона не оцінює критично свої можливості, здійснює нераціональні поступки і в результаті нерідко губить і те, що має. Зріла особистість задоволена тим, що має і робить розумні дії, щоб додати до того, що має. Незріла особистість хоче, щоб її справи влаштував хтось. Зріла особистість власні справи влаштовує сама. Незріла особистість надіється, зріла діє. Незріла особистість намагається управляти іншими людьми, зріла управляє собою. (Не плутати «управляти» і «керувати»). Незріла особистість це «декорація, котра бажає стати фігурою». Зріла особистість це фігура, котра не задумується, як вона виглядає в очах інших.

Незріла особистість спочатку приймає рішення, а потім підганяє факти під вибране наперед рішення (звідси підозрілість незрілої особистості). Зріла особа спочатку збирає факти, а потім на їх основі приймає рішення. (Звідси відкритість зрілої особистості). Незріла особистість хоче зайняти високе положення, не займаючись самовдосконаленням. Зріла особистість турбується про самовдосконалення, особистісний ріст. Високе належне приходить само по собі. Якщо підсумувати все вище сказане, то стає зрозумілим відомий вислів вітчизняного психолога С.Рубінштейна: «Особистість є те, що людина хоче (її нужди і потреби), що людина може (її здібності і можливості) і що вона собою представляє (її спрямованість, характер і ступінь зрілості).».

До цього часу здебільшого найважливіші життєві проблеми вирішуються. У людини є професія, сім'я. Проте можливості «життєвого маневру» в цей час суттєво звужуються. Це обумовлює розвиток кризового періоду від молодості до зрілості, або так звану «кризу середини життя».

Багато психологів вважають найголовнішим у самовідчутті дорослої людини – почуття незаспокоєння. Якщо людина заспокоюється, вона перестає рости як особистість, перестає внутрішньо збагачуватись, внаслідок чого наступає застій. Більшість лю-

дей не встигають зробити все те, що вони хочуть. Але вони реально сприймають цей факт і не надто переймаються ним. Проте певна частина людей переносить цей факт болісно. Цей стрес є причиною розвитку неврозів і психосоматичної патології. Частота смертей серед творчих працівників (особливо поетів, художників, артистів і талановитих вчених) в період 35-40 років різко зростає.

Людям потрібно усвідомити, що трата сил і енергії повинна відповідати реальним можливостям людини і умовам буття. Бездушна трата сил у віці близько сорока років починає жорстоко мститись, руйнуючи психічне і фізичне здоров'я. У зрілому віці здебільшого виробляється відповідний стереотипний стиль життя: знижується сприймання нового, зростає скритність і консерватизм установок тощо. Інколи це переростає у нетерпимість, фанатизм, самодурство із зниженням здатності критично оцінити професійні і творчі можливості оточуючих.

Нерідко у цей період сім'ї розпадаються. Людині хочеться змінити професію і стиль життя. З сорока років підвищується увага до свого здоров'я. У багатьох людей в цей період розвивається відчуття відставання від життя, пропадає «смак життя», розвивається депресія і своєрідне відчуття, що вичерпуються можливості. Гегель назвав цей стан «іпохондрією зрілої людини». Психологи називають такий стан «**кризою ідентичності**». Нерідко в структурі синдрому «кризи ідентичності зрілої людини» спостерігається феномен «предметної смерті». Сутність цього феномена полягає в тому, що людина «поглинається предметом, який становить смисл її життя, реалізуючись у цьому предметі». Наприклад: батьки втілюються у дітях, учитель в учнях, вчений у відкриттях, художник в своїх творах і т.д. Іншими словами – людина живе не для себе, а для інших осіб і предметів, котрі стали смислом її життя. Повні прояви «предметної смерті» зустрічаються практично у всіх людей. Проте, зріла людина повинна більше уваги приділяти і собі, жити і для себе, любити і поважати себе. Це є важливою запорукою психічного здоров'я на межі зрілості і старості.

Приблизно у 50 років людина приходить до межі зрілості і старості. В цей період, коли уже практично змінити нічого не можна, людина стає своєрідним житейським філософом. Вона по фі-

лософськи осмислює своє життя і буття суспільства. У цей період душевних мук, обумовлених переходом від стану максимальної активності і бурхливої діяльності до згортання її, різноманітних обмежень, упадку здоров'я, дефіциту творчих сил і, а головне, усвідомлення того факту, що необхідно поступитись місцем для нового покоління і вийти на пенсію, загострюються прояви кризи ідентичності, іпохондрії і « предметної смерті». В цей період психіка стає дуже вразливою і оточуючим потрібно про це пам'ятати. Людина здебільшого старіє раптово. Потім наступає тривалий латентний період, коли вона змінюється мало. Особливо це помітно у довгожителів.

Раніше старість розглядалась з похмурих позицій Лютера «Старість – це жива могила», що відповідало духові часу і розділялось його сучасниками. В наш час людям більше до вподоби теза А.Морза про те, що «Старість – це дурна звичка, для якої у активних людей немає часу». Між цими крайніми точками лежить безодня, заповнена людськими поглядами на старість, кожна з яких має свою рацію, свій смисл і своє значення.

Сучасні психологи говорять про своєрідні новоутвори старечого віку, котрі нічим не гірші і не кращі, ніж психологічні новоутвори інших періодів життя. Старість це не обов'язково маразм. В ній є своя сувора естетика і жива сила.

Позитивні компенсаторні риси особистості при старінні:

- Врівноваженість.
- Відчуття власної гідності.
- Життєвий досвід і мудрість.
- Здоровий консерватизм.
- Охорона добрих традицій.

Негативні риси особистості при старінні:

- Зниження активності.
- Загострення рис характеру з втратою гармонійності.
- Звуження кола інтересів.
- Вороже відношення до всього нового.
- Послаблення уваги і запам'ятовування.
- Підвищена стомлюваність

- Страх перед хворобами.
- Загальна загальмованість всіх дій.
- Псевдомудрість.

Середня тривалість життя в історичному аспекті постійно продовжувалась. Неандертальці жили в середньому 20 років, в часи Римської імперії – 23, в минулому столітті – 44, в теперішній час тривалість життя людей у розвинутих країнах становить 68-72 роки.

Така тривалість життя значною мірою обумовлена успіхами медицини, а саме, різким зниженням рівня дитячої смертності, ліквідацією особливо небезпечних інфекційних хвороб, успіхами у інших сферах медицини. Існують реальні резерви продовження життя. Так, ефективне лікування захворювань серцево-судинної системи може продовжити життя на 8,8 років, а покращання лікування онкологічних і інфекційних захворювань і травм ще на 1,5 років (разом – 10,3 роки). Отже, в майбутньому є реальним продовження середньої тривалості життя за рахунок успіхів медицини з 68-72 років до 78-82 років (в середньому до 80 років). Отже, більшість людей 20-25 років будуть жити в якості пенсіонерів.

Згідно сучасних понять люди старше 90 років вважаються довгожителями. Проте І.Мечніков, О.Богомолець, І.Павлов та інші вчені вважали, що природна тривалість життя повинна бути більше 100 років.

Позиція вітчизняних геронтологів щодо проблеми старості полягає в обґрунтованій тезі про продовження творчого періоду життя, як важливого фактору прогресу соціальних відносин. У вирішенні цієї проблеми важливу роль повинна відіграти сучасна біологічна наука і медицина.

Найбільше число довгожителів відмічається у Росії, Абхазії, Швеції, Норвегії, Таджикистані, Білорусії і Прибалтиці. Відмічено зосередження довгожителів у високогірних районах (Абхазія, Таджикистан, Еквадор, Колумбія). Довгожителі, як правило, худі, активні, любителі свіжого повітря, свіжої екологічно чистої води і їжі, здорові, не хворіють. Вони, здебільшого скромні в плані матеріального забезпечення, малограмотні, живуть в незадовільних

побутово-гігієнічних умовах. Більшість із них виконували важке фізичне навантаження.

І.Давидовський описав парадокс: «Широко розповсюджена думка, що тяжкі життєві ситуації і нездоровий спосіб життя прискорюють прихід старості... на достатньо великих і достовірних матеріалах ніколи не було доказано, хоч це з першого погляду здається дуже вірогідним. Життя має достатньо прикладів, які як підтверджують, так і заперечують це положення». Практично всі горяни абхази і довгожителі з Карпатських гір курять тютюн і вживають традиційні спиртні напої. Але всі вони спокійно переносили житейські труднощі, ніколи не панікували.

Особистість людей похилого віку. «Як і байка, так і життя цінується не за тривалість, а за зміст» (Сенека).

Основним завданням геронтології є, «не лише додати роки до життя, але і доповнити життям роки». Російський психолог Е.Авербух. «У старих людей знижені самопочуття, самовідчуття, самооцінка, посилюються почуття малоцінності, невпевненості в собі, незадоволення собою. Настрій, як правило, знижений, переважають різноманітні тривожні побоювання: одинокості, безпорадності, злиднів, смерті. Старики стають похмурими, подразливими, мізантропами, песимістами. Здатність радіти знижується, від життя вони нічого доброго уже не чекають. Інтерес до зовнішнього світу, до нового знижується. Все їм не подобається, звідси – брюзжання, буркітливість. Вони стають егоїстичними і егоцентричними, більш інтравертованими (зверненими до себе, своїх внутрішніх переживань), коло інтересів звужується, з'являється підвищений інтерес до переживання минулого, до переоцінки минулого. Поряд з цим підвищується інтерес до свого тіла, до різноманітних неприємних відчуттів, котрі часто спостерігаються в старості, проходить іпохондризація. Невпевненість у собі і у завтрашньому дні робить старих більш дріб'язковими, скупими, надобережними, педантичними, консервативними, малоініціативними і т.п. Послаблюється у стариків контроль над своїми реакціями, вони недостатньо добре володіють собою. Всі ці зміни у взаємодії із зниженням гостроти сприймання, пам'яті, інтелектуальної діяльності створюють своєрідний образ старика і робить всіх старих в

якійсь мірі подібними один на одного». Правда Е.Авербах уточнює: «було б неправильним думати, що всі відмічені зміни в однаковій мірі мають місце у всіх людей».

Типологія стариків згідно Ф.Гізе (X психологічний конгрес у Бонні).**Старик –негативіст**, який заперечує у себе любі ознаки старості. **Старик-екстравертований**, який визнає прихід старості, але приходить до цього шляхом спостереження за оточуючою дійсністю (спостереження за молодим поколінням, яке виросло, розходження з нею у поглядах і інтересах, смерть близьких людей, новини в області техніки і суспільного буття, змінене положення у сім'ї. **Інтравертований тип**, що гостро переживає процес постаріння, з'являється тупість щодо нових інтересів, оживлення спогадів про минуле – ремінісценції, інтереси до питань метафізики, малорухомість, послаблення емоцій, прагнення до спокою.

І.Кон виділяє 4 різних соціально-психологічних типів старості.

Перший тип – активна, творча старість, коли йде на пенсію і продовжує трудитись неповний робочий день, приймає участь в суспільному житті, живуть повноцінним життям, не відчуваючи якоїсь неповноцінності.

Другий тип – також відрізняється доброю соціальною і психологічною пристосованістю, але енергія цих пенсіонерів спрямована головним чином на влаштування власного життя – матеріальне благополуччя, відпочинок, розваги і самоосвіта, на що раніше їм не вистачало часу.

Третій тип (здебільшого жінки), переключають свою енергію і інтереси на сім'ю. Оскільки домашня робота є невичерпною, їм ніколи скучати, але задоволення від життя у них звичайно слабкіше, ніж у представників перших двох типів.

Четвертий тип – люди, смислом життя котрих стає турбота про укріплення власного здоров'я, яка не лише стимулює різноманітні форми активності, але і дає відповідне моральне задоволення. Однак ці люди (частіше чоловіки) схильні перебільшувати значення своїх дійсних і уявлених захворювань, їх свідомість і самосвідомість відрізняється підвищеною тривожністю. «Іпохондрик – це людина, якій добре тоді, коли їй погано».

Згідно І.Кону є і **від'ємні типи розвитку**:

1 тип – агресивно старі буркотуни, котрі вічно незадоволені оточуючим світом, критикують всіх крім самого себе, всіх навчають і тероризують оточуючих безкінечними претензіями.

2 – тип негативного прояву старості – розчаровані і зневірені в собі і власному житті одинаки і сумні невдахи. Вони звинувачують себе за дійсні і уявлені упущені можливості, не здатні прогнати від себе сумні і неприємні спогади про життєву помилки, що робить їх дуже нещасними.

Дослідники відмічають у стариків своєрідний феномен «психологічного повернення їх у дитинство», «духовної безпечності» і приводять прямі аналогії дитинства і старості: «Дитячий рівень» проявів почуттів і емоцій, гнівливість, схильність до плачу, сміху, говірливість, неловкість рухів, порушення рівноваги тіла, невпевнена хода, відсутність зубів – потреба в м'якій і солодкій їжі, «спотикаюча» мова, дискантовий тембр голосу, відсутність сексуального потягу, неусвідомленість сечопуску і т.п. І дитина і старик задумуються про свій стан у суспільстві, зрівнюють себе із зрілою людиною. І дитина і старик не мають власної опори в реальному світі, вони штучно відділені від дійсності і потребують допомоги.

Людина і в старості не може легко попрощатись з потребами і мотивами молодості, так же прагне любові, вражень, кипучої діяльності і активності та багато чого іншого, чому згідно звичайним уявленням про старість уже не час. Оскар Уайльд («Портрет Доріана Грея») пише: «Трагедія не втому, що старішаєш, а в тому, що залишаєшся молодим».

В старості, як правило, спостерігається відносне збереження розумових здібностей, збагачених великим житейським і професійним досвідом, на тлі суттєвого зниження фізичних сил і можливостей організму. Це своєрідне розщеплення можливостей тіла і духу спонукало людство постійно шукати шляхи омолодження людини. Алхіміки, лікарі і звичайні шарлатани пропонували масу «еліксирів молодості», які були неефективними, або навіть шкідливими (наприклад, ртуть або мандрагору – сильний отруйний наркотик).

Старість обумовлена, в тому числі функціональним станом ендокринної системи. Так, на початку двадцятого століття Серж

Вороноф (росіянин за походженням) спостерігав ранні прояви старості серед кастрованих євнухів при дворі єгипетського правителя Аббаса 11. Він резонно вирішив, що шлях до молодості може бути обумовленим посиленою продукцією статевих органів. Вороноф почав практикувати підсадку старикам тестикул мавп. Така операція коштувала в ті часи 5000 доларів США (50000 згідно сучасного курсу). Багаті клієнти буквально хлинули до Воронoффа. Але він не врахував, що мавпи хворіють на сифіліс, а тому були випадки зараження пацієнтів цією хворобою. Американець Джон Брікллі за прикладом Воронoффа почав пересаджувати тестикули козлів. Операція коштувала 750 доларів. Швейцарський ендокринолог Пауро Ніхане врахував, що бики не хворіють на сифіліс, почав практикувати ін'єкції клітин статевих залоз биків, які повинні були відновлювати ендокринну функцію тестікул людини і цим викликати омолоджуючий ефект. Ніхане розвинув бурхливу діяльність в своїй клініці Ла Прері і добився певних успіхів, якщо враховувати відомі імена його клієнтів (зокрема У.Черчіль, Шарль де Голь, Конрад Аденауер, попа Пій Х11, письменники Томас Манн і Сомерсет Моем). Англієць Пітер Стефан впровадив метод «ремонту тіла» за допомогою ін'єкцій препарату, який містить РНК плаценти, яєчників, тестікул, кори наднирників і т.п. Він не був дипломованим лікарем і діяв як «цілитель». Проте клієнтів у нього було вдосталь. Можливо в його практиці спрацював сугубо психологічний фактор, а можливо ефект був досягнутий за рахунок елементів генної інженерії? Ана Аелан з інституту геріатрії в Бухаресті запропонувала використовувати внутрішньовенні ін'єкції новокаїну і препарату «Геровітал», які безперечно сприяли усуненню ряду вікових змін в організмі при початку старості. В США запропонована принципово нова методика продовження життя кріогенний рух». Сутність його полягає в тому, що живий організм заморожують на тривалий час. Відтак організм розморожують і людина оживає. Чимало людей скористались цим методом, Але жоден термін розмороження ще не настав. Історія методів омолодження описані в книзі письменника Дж.Курцмана і зоолога-генетика Ф.Гордона «Нехай згине смерть».

Людина є єдиною істотою, котра усвідомлює неминучість смерті. Відношення до смерті в різних вікових етапах є різними. У дітей усвідомлення неминучої смерті викликає жах. Молода людина усвідомлює це у найбільш загальних рисах, як до віддаленої перспективи, яка до його теперішнього життя відношення не має. Стара людина під кінець життя стомлюється від нього. Людина втрачає «життєвий інстинкт» внаслідок «насичення життям і примирення із смертю» (І.Мечніков).

Інший варіант вирішення соціальної проблеми є мабуть більш перспективним з точки зору багатьох психологів. Мова йде про корінну перебудову життя похилої людини після виходу на пенсію. Як уже відмічалось 15-20 років життя пенсіонера це досить тривалий відрізок життя. Часу є достатньо для кардинальної перебудови звичного ритму і змісту діяльності. Мова йде про освоєння нових необхідних професій (столяра, теслі, годинникаря, шевця, ремонтника техніки тощо). Останнім часом виростає інтерес до роботи на землі на дачі і присадибних ділянках. В цивілізованих країнах розвинений туризм похилих людей. У нас такий вид туризму лише зароджується. Для більшості стариків практично єдиною соціально корисною функцією є турбота про виховання внуків.

Психологічно дуже важко переживається і разом з тим руйнує особистість відчуття одинокості, своєї виключності з активного життя, почуття непотрібності іншим. Проте споглядання процесу помирання є великою психічною травмою для оточуючих, особливо для онуків і правнуків помираючого. Людина повинна жити в людських умовах і закінчити свій життєвий шлях по людське, не наносячи лишньої психічної травми оточуючим, яка б вплинула на їх психічне здоров'я. Саме тому, останнім часом, в практику суспільного буття і медицини впроваджується ідея відкриття сітки так званих «хоспісів», де помираючій людині забезпечують належний догляд і психологічний клімат останніх днів життя, а близькі звільняються від обов'язку «розриватись» між роботою і необхідністю бути біля помираючого.

Що стосується об'єму та інтенсивності саме медичної допомоги помираючим людям то є логічним згодитись з позицією К.Маркса про те, що «сам лікар є уже зло. Постійна лікарська

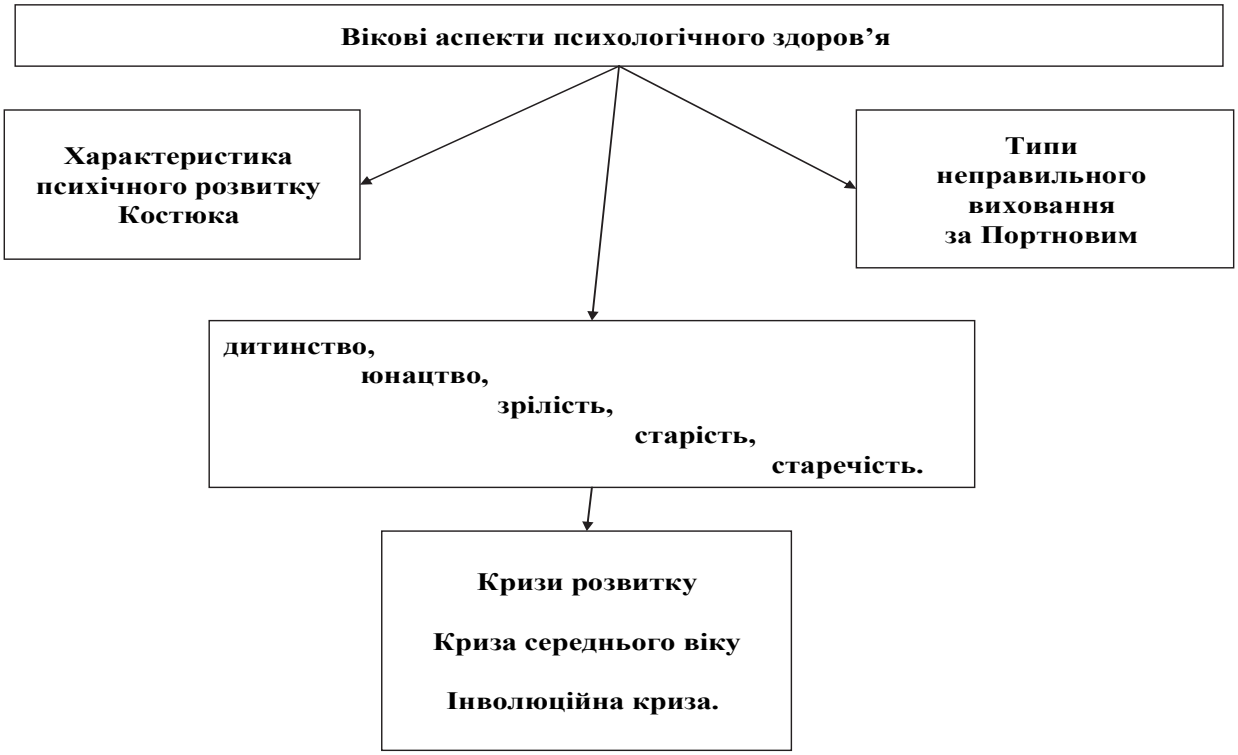
опіка перетворила б життя в зло, а людське тіло в об'єкт вправ для медичних комісій. Хіба не є бажаною смерть, ніж життя, яке складається лише із заходів спрямованих на попередження смерті?». Іншими словами, в усьому повинна бути свою розумна міра. Медики повинні боротись проти смерті, продовжувати життя, але не продовжувати муки помираючої чи агонуючої людини.

Позицію вітчизняних геріатрів можна сформулювати основною тезою, яка відображає спрямованість їх діяльності: «Додавати життя до років, а не роки до життя». Продовжувати активне, повноцінне життя є однією з важливих завдань сучасної медицини. Фізичне здоров'я значною мірою залежить від психічного стану людини. Результати наукових спостережень свідчать, що приблизно половина захворювань є за своєю природою психосоматичні – як наслідок неправильних життєвих установок, незадоволених амбіцій, емоційних стресів, що призводить до дисбалансу в діяльності вегетативної нервової системи, яка «продукує» різноманітну симптоматику. Ось чому геріатрія, як і уся медицина повинна тісно співпрацювати з психологами. В цьому плані уже робляться перші практичні кроки.

Народна мудрість свідчить «Старість – не радість», але все більше розвивається інша тенденція – старість лише починає осмислюватись людством як вік, що таїть у собі великі резерви і можливості. Перший шлях – максимальне продовження виробничої діяльності похилих людей, підвищення ліміту працездатності з виходом на пенсію в 65-70 років. Цього ж хоче основна маса людей, котрі вступили в пенсійний вік (особливо інтелігенція). Ці люди володіють величезним життєвим досвідом і практичними навичками. Вони потрібні для виховання трудової зміни. Перспективна тризмінна структура робочого колективу – «діди», «батьки», «діти-внуки». Причому контакт стариків і молоді – взаємо продуктивний. Молодь дістає життєвий досвід і мудрість похилих людей, а старими через енергію молоді діють на виробничі і соціальні питання.

Формалізована структура змісту теми

Вікові аспекти психологічного здоров'я.



Запитання для самостійної роботи

1.Назвіть критерії психічного розвитку. З чого починається психічне життя дитини?

2.Охарактеризуйте основні новоутворення на кінець першого року життя.

3.Розкрийте основні симптоми кризи трьох років. Що є основою цієї кризи?

4.Порівняйте прояви кризи одного року і трьох років.

5.Доведіть, що гра є провідним видом діяльності дошкільника.

6.Дайте характеристику розвитку дитини раннього віку, яка виховується в умовах дефіциту спілкування.

7.Порівняйте особливості психічного розвитку дитини в період раннього дитинства та в дошкільному віці.

8.Розкрийте зміст психологічної готовності дитини до школи.

9.Чи можна за дитячим малюнком виявити ставлення дитини до членів сім'ї, однолітків?

10. Яка основна особливість навчальної діяльності дошкільника?
11. Чому з віком підвищується допитливість дітей?
12. Які види мотивації лежать в основі навчально-пізнавальної діяльності?
13. Охарактеризуйте динаміку психологічного розвитку молодшого школяра в процесі навчання.
14. Що означає «комплекс дорослості» і в якому віці він виникає?
15. Назвіть особливості взаємин підлітків з однолітками та дорослими.
16. Назвіть показники соціально-психологічної готовності випускника школи до самостійного життя.
17. Охарактеризуйте загальні особливості зрілої юності.
18. У чому полягає проблема розвитку в дорослому віці?
19. Охарактеризуйте особливості життєдіяльності у зрілому дорослому віці.
20. У чому полягає сенс життя в старості?

Альтернативно-тестові завдання для самоконтролю

1.За думкою Г.С. Костюка психічний розвиток характеризується наступними особливостями:

A. Безперервністю
B. Кількісними змінами
C. Якісними змінами
D. Йде від елементів до цілого
E. Йде від структурно нижчого цілого до структурно вищого цілого

2.Закономірності психічного розвитку характеризуються:

A. Рівномірністю
B. Нерівномірністю
C. Гомохронністю
E. Гетерохронністю

3.Криза психічного розвитку характеризується:

A. Наявністю чітких меж виникнення та закінчення кризи
B. Відсутністю чітких меж
C. Має руйнівний характер
D. Має конструктивний характер

E. Має руйнівний та конструктивний характер одночасно

4.Скільки криз психічного розвитку переживає людина від народження до юності:

A. Дві кризи

B. Три кризи

C. Чотири кризи

D. П'ять криз

5.При якому типі виховання дитина знаходиться в центрі уваги всієї сім'ї, коли всі бажання, примхи і забаганки дитини негайно виконуються.

A. Гіперопіка

B. Гіпоопіка

C. Кумир сім'ї

D. Попелюшка

6.При якому типи виховання у дитини можуть бути сформуватись істероїдні риси характеру?

A. Гіперопіка

B. Гіпоопіка

C. Кумир сім'ї

D. Попелюшка

7.Дитина в нормі (найчастіше) в 1 рік вже вміє:

A. Говорити складними реченнями

B. Вимовляти окремі слова

C. Знає назви частин тіла і окремих предметів

D. Бігає

E. Грається дрібними предметами

8.З якого віку громадянин України має право на працю?

A. З 14 років

B. З 16 років

C. З 18 років

D. З 21 року

9.Зріла особистість характеризується наступними якостями:

A. Досягненням повнолітнього віку

B. Набуттям матеріальної незалежності
C. Адекватним розвитком самокритичності та самоконтролю
D. Небажанням створювати сім'ю та мати дітей

10.За сучасними поняттями довгожителями вважаються особи, що досягли віку:
A. 60 років і більше
B. 75 років і більше
C. 90 років і більше
D. 95 років і більше

Завдання та проблемні ситуації

1. У чому полягає «саморух» розвитку особистості за думкою Г.С. Костюка?
2. Що є спільного та відмінного між психікою людини та тварин?
3. Чим принципово розрізняється біогенетичний та соціогенетичний підхід психічного розвитку особистості?
4. Чи згодні ви з твердженням, що онтогенез людського організму визначається біологічною спадковістю, а онтогенез особистості – соціальною спадковістю?
5. Чи можна стверджувати, що кризи розвитку є неминучими для кожної людини?
6. Поясніть з точки зору педагогіки та медицини необхідність розуміння причин та наслідків неправильного виховання?
7. Сформулюйте головні вимоги до лікаря, який працює в дитячому відділенні?
8. У чому полягає криза трьох років життя?
9. У чому полягає відмінність зрілої особистості від незрілої?
10. Чому старість часто порівнюють з дитячим віком?
11. Що дає лікарю-психологу розуміння вікових аспектів психологічного здоров'я?

Література

Основна:

1. Бех І. Д. Виховання особистості : У 2 кн. – К.: Либідь, 2003. – Кн. 1– 2.

2.Булах І. С. Психологія особистісного зростання підлітка. – К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2003. – 340 с.

3.Вікова психологія. За ред. Г. С. Костюка. Київ. 1976 рік.

4.Емоційний розвиток дитини / Під ред. С.Д. Максименко.– К.: ГЛАВНИК, 2004. – 112 с.

5.Злобіна О.Г., Тихонович В.О. Особистість сьогодні: адаптація до суспільної нестабільності. – К.: Ін–т соціології НАН України, 1996.–С. 15–21.

6.Костюк Г.С. Психологія. Підручник для студентів вищих закладів освіти. Київ.»Либідь». 2000 рік.

7.Maksimenko S.D. Kokun O.M. Principles of website design for professional psychological diagnosis in different specialities. Information Technologies and Learning Tools / Institute of Information Technologies and Learning Tools of NAES of Ukraine. – 2019. – Vol. 73., № 5. – P. 284-294.

8.Maksimenko S.D.,Serdiuk L. Psychological Potential of personal self-realization.Social Welfare.Interdisciplinary Approach,6(1),93-100

9.Sergiy D. Maksymenko,Mykola B.Yevtukh,Yaroslav V.Tskekhmister, Kseniia S.Maksymenko, Olena O.Lazurenko.Psychology and Pedagogics:Text-book.- K.:Publishing house 'Slovo',2012.-520 p.

10. Maksymenko, O. Lysenko Modern methods of diagnosing virtual addiction among adolescents: relevance and prospects. Монографія/ за ред. Аніти янковської, Riga, Latviaa,: IZDEVNICIBA BALTIJA PUBLISHING, 2019.С.-394-410

11. Максименко С.Д., Орап М. Psycholinguistic Predictors of Health (Психологічні предикатори здоров'я) // Psycholinguistics. – 2018. – №24(1) –Р. 252-268.

12. Maksymenko, S.D.(2021) Genetic principles of creative personality confident as a propulsion of mental development. Ottawa: Accent Graphics Communications and Publishing. Glasgow: Society for the support of publishing initiatives and scientific mobility Limited.-615 p.

13. Максименко С. Д. Розвиток психіки в онтогенезі: [В 2 т.], Т.1. Теоретико-методологічні проблеми генетичної психології. – К.: Форум, 2002. – 319 с.

14. Максименко С. Д. Розвиток психіки в онтогенезі: [В 2 т.], Т. 2. Моделювання психологічних новоутворень: генетичний аспект. – К.: Форум, 2002. – 335 с.

15. Максименко С.Д. Генезис существования личности. – К.: Издательство ООО «КММ», 2006. –. 240 с.

16. Максименко С.Д. Генезис здіснення особистості. – К.: Видавництво ТОВ «КММ», 2006. –. 240 с.

17. Максименко С.Д., Максименко К.С.. Папуча М.В. Психологія особистості: Підручник. – К.: ТОВ «КММ», 2007. – 296с.

18. Максимова Н.Ю., Мілютіна К.Л., Піскун В.М. Основи дитячої патопсихології. – К.: Перун, 1996.

19. Маслоу А. Самоактуализация личности и образование / Пер. с англ. Г.А. Балла. – К., Донецк, 1994. – 52 с.

20. Основи безпеки життєдіяльності та підтримання здоров'я людей середнього віку. Методичні настанови для студентів відділення факультету психології та соціології / Уклад.С.Д.Максименко – К.: РВЦ «Київ. ун-т», 1998. – 30 с.

21. Основи загальної психології /За ред. С.Д. Максименка. – К., 1998.

22. Терлецька Л.Г. Психічне здоров'я особистості. Технологія самоаналізу / КНУ ім. Т.Г.Шевченко. – К.: ВПЦ «Київ.університет», 2003. – 150 с.

Додаткова:

1.Грушко В.С. Основи здорового способу життя: Навчальний посібник з курсу «Валеологія». – Тернопіль: СМП «Астон», 1999. – 368 с.

2.Загальна психологія. / За заг. ред. академіка С.Д.Максименка. Підручник. – 2-ге вид., переробл. і доп. – Вінниця: Нова Книга, 2004. – 704 с.

3.Кляйн М. Некоторые теоретические выводы, касающиеся эмоциональной жизни ребенка // Психоанализ в развитии. – Екатеринбург, 1998.

4.Кулик С.М. Психологічні проблеми професійної адаптації вчителів // Актуальні проблеми психології. Том 1.: Соціальна психологія. Психологія управління. Організаційна психологія / За ред. Максименка С.Д., Карамушки Л.М. – К.: Інститут психології ім. Г.С.Костюка АПН України, 2001. – Ч. 2. – С 201-204.

5.Максименко С.Д. Генетическая психология (методологическая рефлексия проблем равития в психологии). – М. : «Рефл-Бук», К.: «Ваклер», 2000. – 320 с.

6.Максименко С.Д. Основи генетичної психології. – К., 1998. – 218с.

7.Маслоу А. Психология бытия: Пер. с англ. – М.: Рефлбук; К.: Маклер, 1997.

8. Шапар В.Б. Психологічний тлумачний словник. – Х.:Прапор, 2004.– 640 с.

3.2. Функціонування сім'ї та її дезадаптаційні форми.

КЛЮЧОВІ ПОНЯТТЯ ТЕМИ: стадії розвитку сім'ї, типи родини, подружня адаптація, взаємини в родині, мікроклімат в родині, етапи функціонування родини, родинні кризи, адаптивні та дезадаптивні родини, варіанти, надання психологічної допомоги родинам.

Сім'я – це соціальна група, яка складається з чоловіка та жінки, які зазвичай перебувають у шлюбі та їхніх дітей (власних або прийомних). Також сім'я може включати інших осіб (родичів). Свою життєдіяльність сім'я здійснює на основі спільного економічного, побутового, морально-психологічного укладу та взаємної відповідальності у вихованні дітей.

Сім'я є первинним та основним осередком суспільства. Сім'ю складають особи, які спільно проживають, пов'язані спільним побутом, мають взаємні права та обов'язки. Із соціально-психологічного погляду сім'я є малою соціальною групою людей, що заснована на шлюбі та(чи) кровній спорідненості і функціонує на основі спільного побуту, матеріальної і моральної взаємодопомоги. Як мала соціальна група сім'я розглядається в межах

явищ, про які нагромаджено великий за обсягом матеріал у соціальній психології (процеси комунікації, інтеграції, соціальної перцепції, механізми і концепції групової динаміки тощо).

Подружжя вважається сім'єю і тоді, коли дружина та чоловік у зв'язку з навчанням, роботою, лікуванням, необхідністю догляду за батьками, дітьми та з інших поважних причин не проживають спільно. Дитина належить до сім'ї своїх батьків і тоді, коли спільно з ними не проживає. Права члена сім'ї має одинока особа.

Сім'я створюється на підставі шлюбу, кровного споріднення, усиновлення, а також на інших підставах, не заборонених законом і таких, що не суперечать моральним засадам суспільства.

Загалом сукупність суб'єктивних психологічних факторів стабільності шлюбу і сім'ї можна об'єднати в поняття «психологічне здоров'я сім'ї». Під психологічним здоров'ям сім'ї розуміється інтегральний показник динаміки життєво важливих для сім'ї функцій, що виражає якісний аспект соціально-психологічних процесів, які відбуваються в ній.

Розрізняють такі **рівні психологічного здоров'я сім'ї**: норма, що умовно визначається ступенем розвитку індивідуальних і групових процесів, у межах яких, з одного боку, спостерігаються узгодженість і задоволення потреб членів сім'ї, а з іншого боку – їх соціальна (внутрішньосімейна) активність; · відхилення від норми, що характеризується перевагою індивідуальних процесів над соціальними (внутрішньосімейними), частковою узгодженістю дій членів сім'ї; · відсутність психологічного здоров'я сім'ї (психологічне нездоров'я), що полягає в її нездатності самостійно коригувати дезорганізуючі дії її членів, переважанні внутрішньосімейного дискомфорту і практично повній автономності дій членів сім'ї щодо задоволення суто індивідуальних потреб.

Психологічно здоровій сім'ї притаманні такі властивості: гуманність (турбота й увага до людини як найвищої сімейної цінності), гармонійність (високий рівень сумісності членів сім'ї), життєздатність (стійкість проти впливу зовнішніх дестабілізуючих факторів) та ін.

До **показників,** за якими **оцінюють психологічне здоров'я** сім'ї, належать: подібність сімейних цінностей, ціннісно-

орієнтаційна єдність; функціонально-рольова узгодженість; соціально-рольова адекватність, або міра здійснення очікувань членів сім'ї стосовно один одного, відсутність конфліктів між роллю й особистістю; адаптивність, або міра пристосування до соціально-психологічного клімату сім'ї після перебування в іншому середовищі, особливо кризовому, прагнення зберегти комфортні емоційні сімейні стосунки; емоційна задоволеність шлюбом, сімейними стосунками; спрямованість на сімейне довголіття, усвідомлене прагнення до нових (найближчих і перспективних) сімейних цілей.

Таким чином, психологічно здорова сім'я (така, що успішно функціонує), створює умови для реалізації потенціалу кожного її члена, оптимальну модель для оволодіння соціальними навичками, що може бути перенесена в зовнішнє середовище. Межі між підсистемами в такій сім'ї досить прозорі для забезпечення спілкування між підсистемами і із зовнішнім середовищем і досить недоторканні для підтримки їх автономності; сім'я з повагою ставиться до правил, що визначають відносини між підсистемами і внутрішні процеси в кожній з них.

Важливою умовою становлення психологічно здорової сім'ї, зміцнення її стабільності є формування готовності особистості до шлюбу і сімейного життя, у якій виокремлюються чотири компоненти:

1) фізична і фізіологічна зрілість майбутнього подружжя, коли чоловік стає здатний зачати, а жінка – виносити і народити здорову дитину; при цьому існує реальна суперечність між юридично встановленим шлюбним віком, що свідчить передусім про фізичну зрілість майбутнього подружжя, і їх соціальною зрілістю, яка найчастіше настає значно пізніше;

2) соціальна готовність, яка означає, що майбутні шлюбні партнери є рівноправними членами суспільства, які спроможні виконувати соціальні ролі й обов'язки, усвідомлюють правову основу шлюбу, готові взяти на себе відповідальність один за одного і за своїх дітей, здатні матеріально забезпечити сім'ю;

3) етико-психологічна готовність, що передбачає сформованість адекватних шлюбно-сімейних стосунків, уявлень майбутньо-

го подружжя про шлюб і сім'ю, подружні і батьківські обов'язки, розуміння співвідношення між любов'ю і шлюбом; уміння цінувати особистісні якості партнера, об'єктивно оцінювати власні почуття і ставлення до обранця; спрямованість на іншу людину; розуміння основ формування психологічно здорової сім'ї, створення сприятливого соціально-психологічного клімату сім'ї і наявність відповідних умінь; при цьому для того, хто бере шлюб, важливо вміти спроектувати реалістичну модель майбутньої сім'ї, її уклад з урахуванням впливу способу життя батьківських родин, матеріально-економічних можливостей, шляхів реалізації спільних планів на майбутнє;

4) сексуальна готовність, орієнтація на спільність сексуально-еротичних переживань з коханим партнером іншої статі, якому людина довіряє і на чию довіру здатна відповідати, з якою вона хоче і може поділяти відповідальність за спільну працю, продовження роду і відпочинок для того, щоб забезпечити можливості сприятливого розвитку дітей; при цьому важливе значення має наявність знань з анатомії і фізіології, культури статевого спілкування.

Особливу роль у формуванні готовності до створення сім'ї відіграє етико-психологічна готовність, яка зумовлює здатність до шлюбу, тобто спроможність : турбуватися про іншу людину; співчувати, співпереживати іншому; спілкуватися на основі співпраці з іншим; бути терпимим (толерантним), сприймати іншу людину з її індивідуальними особливостями, звичками, навіть протилежними власним, вміння пристосовуватися до них.

3.2.1. Стадії розвитку сім'ї.

Картер і Мак Голдрінг (1980) виділяють шість стадій життєвого циклу сім'ї: позасімейний стан -неодружені і незаміжні люди, що не створили своєї сім'ї; сім'я молодят; сім'я з маленькими дітьми; сім'я з підлітками; вихід дорослих дітей із сім'ї; сім'я на пізній стадії розвитку.

Г. Навайтіс (1999) розглядає наступні етапи розвитку сім'ї: **Дошлюбне спілкування.** На даному етапі необхідно досягти част-

кової психологічної та матеріальної незалежності від генетичної сім'ї, набути досвіду спілкування з іншою статтю, вибрати шлюбного партнера, набути досвіду емоційного і ділового спілкування з ним.

Шлюб – прийняття подружніх соціальних ролей.

Етап медового місяця. До його завдань відносяться: прийняття змін в інтенсивності почуттів, встановлення психологічної та просторової дистанції з генетичними сім'ями, набуття досвіду взаємодії у вирішенні питань організації щоденного побуту сім'ї, створення інтимності, первинне узгодження сімейних ролей.

Етап молодої сім'ї. Завдання етапу вирішити питання продовження роду, повернення дружини до професійної діяльності або початок відвідування дитиною дошкільного закладу.

Зріла сім'я, тобто сім'я, що виконує всі свої функції. Якщо на четвертому етапі сім'я поповнилася новим членом, то на п'ятому вона доповнюється новими особистостями. Відповідно змінюються ролі батьків. Їхні можливості задовольняти потреби дитини в опіці, в безпеці повинні доповнюватися здібностями виховувати, організовувати соціальні зв'язки дитини. Етап закінчується, коли діти досягають часткової незалежності від батьківської сім'ї. Емоційні завдання сім'ї можна вважати вирішеними, коли психологічний вплив дітей і батьків один на одного приходить до рівноваги, коли всі члени сім'ї умовно автономні.

Сім'я людей старшого віку. На даному етапі поновлюються подружні відносини, надається новий зміст сімейним функцій (наприклад, виховна функція виражається участю у вихованні онуків).

В кожній родині її члени виконують відповідні **подружні ролі.** К. Кирпатрик запропонував наступну класифікацію подружніх ролей: традиційні, товариські ролі партнерів.

Перше в адаптації до сімейного життя полягає в тім, щоб чоловіки вибрали (або зрештою домовилися про такий вибір) той самий тип ролі (тобто щоб не було перетинань і неузгодженостей: вона – за традиційний шлюб, а він – за товариський). Друге – щоб кожний з компонентів поводження відповідав зробленому вибору.

Наприклад, традиційні ролі припускають із боку дружини народження й виховання дітей, створення й підтримка будинку, обслуговування родини, підпорядкування власних інтересів інтересам чоловіка, пристосованість до залежності й терпимості, до всіляких обмежень із боку чоловіка.

З боку чоловіка для збереження гармонії сімейних відносин у цьому випадку необхідні: економічне забезпечення й захист родини, підтримка сімейної влади й контролю, прийняття основних рішень, емоційна підтримка дружини, матеріальне забезпечення її при розлученні.

Товариські ролі жадають від дружини збереження зовнішньої привабливості, забезпечення моральної підтримки й сексуального задоволення, підтримки корисних для чоловіка соціальних контактів, живого й цікавого духовного спілкування із чоловіком і гістьми, а також забезпечення розмаїтості життя й усунення нудьги. Від чоловіка потрібне замилування дружиною й лицарське відношення до неї, відповідна романтична любов і ніжність, забезпечення засобів для вбрань, розваг, соціальних контактів, утворення в сфері дозвілля й, звичайно ж, проведення дозвілля із дружиною.

Ролі партнерів вимагають і від дружини, і від чоловіка економічного внеску в родину відповідно до можливостей кожного, загальної відповідальності за дітей, участі в домашній роботі й розподілу правової відповідальності. Але крім цього загального, від чоловіка необхідно ще й прийняття рівного статусу дружини й згоди з її рівною участю в прийнятті будь-яких рішень, а від дружини – готовність до відмови від лицарства з боку чоловіка (ви адже рівні!), до рівної відповідальності за підтримку статусу родини.

Роль дружини. В сучасній міській родині жінка набагато частіше, ніж чоловік, є основним організатором сімейного життя. За даними дослідження молодих родин, проведеного в СНД, в 60% родин обоє дружина разом розпоряджаються грошима, планують, що робити у вільний час, вирішують господарські питання, займаються вихованням дитини; у гнітючій же більшості інших пар ці питання вирішує дружина. Домінуюча роль дружини в господарсько-побутових питаннях часто припускає її лідерство й в інших

сферах сімейного життя. Але виявляється, що такий розподіл ролей у родині найчастіше (принаймні в тих випадках, коли обоє чоловіка працюють) не задовольняє ні дружину, ні чоловіка. Дружина страждає від надмірного навантаження, чоловік від того, що у своєму будинку він на других ролях, що явно не погодиться з його поданнями про «справжнього чоловіка, хазяїна в будинку"

3.2.2.Типи родини.

Суспільство, впливаючи на родину як на частину своєї системи формує її певний тип. У свою чергу родина також впливає на процеси й відносини в суспільстві. Працюючи з колективом учнів, педагогові треба мати уявлення про історичні типи родин, які розрізняються за своїми ціннісними орієнтирами. Обізнаність у цій сфері дозволить передбачити вплив відносин у родині на особистісний розвиток дитини, її характер, реакції поведінки. Цими проблемами займаються багато провідних психологів і педагогів. Психологи виокремлюють кілька типів родин.

Родина патріархальна (традиційна). Це найбільш архаїчна форма відносин у родині, яка спирається на залежність дружини від чоловіка та, у свою чергу, дітей від батьків. Вищість чоловіка полягає в керуванні економічними ресурсами сім'ї, як наслідок, саме він приймає рішення. Всередині патріархальної родини панують абсолютна батьківська влада й авторитарна система виховання. Якими людьми найчастіше виростають діти із цих сімей? Насамперед переважно з низькою самооцінкою, невпевнені в собі та у своїх здібностях. Ігнорування батьками інтересів і бажань дитини, позбавлення її права голосу не розвиває в неї інтересу до прояву особистої думки, знищує почуття власної гідності.

Дитячі емоційні проблеми, що виникають у патріархальних родинах, психологи поділяють на чотири групи: «Я недостатньо гарний» – як наслідок – сором'язливість або хамелеонство; «Я безпомічний» – у дитини відсутня пошукова активність, вона байдужа до власних успіхів і невдач, постійно озирається на більш сильних, більш успішних; «Я чужий» – Це позиція емоційно знедоленої дитини, яка дуже рано втратила контакт із батьками і перш за все з

матір'ю. Такі діти неконтактні та нетовариські, відмовляються від допомоги в розв'язанні своїх проблем, недовірливі, жорстокі та агресивні. В подальшому це може мати як наслідок різноманітні сексуальні проблеми; «Я надвідповідальний» – д Діти цієї групи тривожаться через низьку оцінку або покарання, тому часом поводяться невмотивовано. Проблеми такого типу нерідко виникають у родинах сучасних заможних людей, які вважають, що ступінь їх багатства визначає ще й рівень інтелектуальних можливостей і моральних якостей їхніх дітей. Такі батьки вимагають підпорядкованості не лише на роботі, але й удома. Межі, до яких вони намагаються загнати своїх дітей, часом обертаються стражданнями не тільки для самих дітей, але і для дорослих. У таких родинах діти та батьки існують нібито під одним дахом, але в паралельних вимірах: кожен живе власним життям, але підкоряється силі старшого та головного.

Родина дітоцентристська (сучасна). Дітоцентристський (або сучасний) тип родини виник у середині XIX століття в Європі та характеризується піднесенням приватного життя людини, чуттєвого боку шлюбу й інтимності. Родини цього типу десь упродовж десяти років народжують одного або двох дітей. У такій сім'ї бажана дитина стає об'єктом батьківської любові та прихильності. У нашій країні поведінка батьків, умотивована емоційною прихильністю до дітей, масово поширилася з кінця 50-х років XX століття: саме відтоді діти почали користуватися значно більшою кількістю матеріальних і духовних благ, аніж 30–40 років до того. Позитивність цього явища виявляється, зокрема, в тому, що у багатьох таких родинах на дітей витрачається від чверті до половини сімейного бюджету.

Водночас система виховання, що складається в родині дітоцентристського типу характеризується і низкою негативних ознак. Батьки з гіпертрофованим почуттям обов'язку стосовно дітей своєю працею забезпечують задоволення всіх потреб дитини, відсторонюють її від будь-яких турбот, зусиль та труднощів, беручи цей тягар на себе. Діти ж, у свою чергу страждають від відсутності самостійності, ініціативи та відповідальності. Їхнє гасло: «Нам дозволено все!» Їм важко в школі, бо родина не прищепила потреби у праці. Багато проблем чекають на них і поза школою, адже вони дуже по-

люблять керувати, у спілкуванні з друзями поводяться подеколи істерично та брутально. Батьківське ж гасло за такого типу виховання: «Дитина завжди права!». Думка їхньої дитини, її «правда» для них важливіша за думки будь-якого дорослого.

Родина подружня (постсучасна). Із середини 70-х років XX століття почав формуватися новий тип родини, який називають подружнім, або постсучасним. У родині такого типу стосунки визначаються не спорідненням і не батьківством, а шлюбом. Змінюються норми сімейного життя: і батьки не цілком підпорядковують свої інтереси дитячим. Особливістю таких родин є певна автономія чоловіка та жінки, коли вподобання кожного з них ширші за сімейні, а коло спілкування виходить за межі шлюбу. Тут однаково значущими є як шлюб, так і батьківство, а члени родини керуються не лише звичаями і традиціями, але й ідеалами та морально-етичними цінностям кожного. Таку тактику сімейного виховання називають співробітництвом. Головні цінності родини – співчуття, чуйність та взаємодопомога. Дуже важливо, щоб моральні цінності та мікроклімат родини були щирими, а не брехливими, реальними, а не декларативними. Якщо батьківське слово підкріплюється справою, вчинком або дією то в такій родині не виникне проблем під час виховання дитини.

А. С. Макаренко вважав, що формування духовного складу дітей, їх характерів визначається загальним ладом сімейного життя, що він назвав «спілкуванням, тоном родини», який впливає на дитину незалежно від бажань батьків, а подеколи навіть усупереч ним бажанням. Іноді батьки намагаються приховати від дітей свої суперечки та проблеми. Але дитина гостро відчуває зміну «родинного настрою», найменше виявлення неправди. Отже, існує закономірний зв'язок між психологічним кліматом сім'ї і результатами виховання дітей: міцна, щира, моральна родина виховує відповідно чесний і щирий характер. Чесні та щирі стосунки між батьками та дітьми – запорука вступу останніх до дорослого життя.

Приведемо **типологію родин**, запропоновану П. Хербстом. Він виділяє чотири провідних типи родини. Перший – це так званий автономний зразок. У подібній родині в чоловіка й дружини є різне відношення до життя й різні ціннісні орієнтації. Рішення прий-

маються спільно, носять компромісний характер і є «тріумфом різнорідностей». Розходження характерів і світоглядів не грає тут негативної ролі, оскільки передбачається самою системою виникаючих у такій родині взаємин. У другому типі родини провідну роль грає чоловік. Особливості його особистості, світогляду й відношення до життя є визначальними для всіх членів родини. Роль дружини виявляється тут помітно менш важливої й в основному обкреслена навкруги «жіночих» обов'язків. У третьому типі родини вирішальну роль грає дружина. Однак значення чоловіка тут більше, ніж дружини в другому типі, оскільки він не обмежується виконанням сугубо «чоловічих» обов'язків, а виконує й деякі чисто «жіночі» функції з доручення дружини. Останній, четвертий, тип родини по Хербсту – це «синкретична родина». Ролі в ній розподілені рівномірно, і рішення приймаються на основі згоди подружжя, а не на підставі компромісу в результаті обговорення.

Звичайно, перші три типи родин не можуть бути визнані ідеальними. У зв'язку із цим варто пояснити юнакам і дівчатам, що рішення про вибір конкретного укладу є індивідуальним творчим актом і будь-який, нехай навіть не занадто сучасний і не до кінця схвалюваний уклад може бути реалізований сімейним союзом, якщо він задовольняє обох подружжя й не перешкоджає виконанню родиною її соціальних функцій. Але при цьому не треба, звичайно, забувати, що чоловікові й дружині необхідно все-таки прагнути до максимально можливого для них рівності у відносинах. Прийнятий майбутніми чоловіками варіант можливого укладу повинен пройти перевірку з погляду матеріально-побутових обставин їх наступного спільного життя.

За структурою влади розрізняють авторитарні, демократичні та ліберальні сім'ї. **Авторитарна сім'я** характеризується суворим беззаперечним підпорядкуванням одного з подружжя іншому і дітей батькам. **Демократична сім'я** заснована на взаємній повазі членів сім'ї, спільному вирішенні всіх важливих питань. У **ліберальній сім'ї** спостерігається відстороненість, відчуженість членів сім'ї один від одного, байдужість до справ і почуттів іншого.

Залежно від **розподілу ролей** виокремлюють сім'ї традиційні (патріархальні чи матріархальні), в яких один з членів подружжя є внутрішньосімейним лідером, активнішою стороною в подружніх

стосунках і відносинах із соціумом, та егалітарні (від фр. egalite – рівність), в яких ролі розподіляються з урахуванням конкретних інтересів і можливостей партнерів. При цьому спостерігаються вирівнювання функцій подружжя і відносно незалежне становище дітей.

З демографічної точки зору виокремлюють наступні типи сімей:

Залежно від **форм шлюбу**: моногамна сім'я – що складається з двох партнерів; полігамна сім'я – одна особа з подружжя має кілька шлюбних партнерів (полігінія – одночасний шлюб чоловіка з декількома жінками, причому, шлюб укладається чоловіком з кожною жінкою окремо; поліандрія – одночасний шлюб жінки з декількома чоловіками, зустрічається рідко, наприклад, у народів Тибету, Гавайських островів).

В залежності від **статі подружжя**: одностатева сім'я – двоє чоловіків чи дві жінки, спільно виховують прийомних дітей або дітей від попередніх гетеросексуальних) шлюбів. різностатева сім'я

В залежності від **кількості дітей**: бездітна сім'я; однодітна сім'я; середньодітна сім'я; багатодітна сім'я.

В залежності від **складу:** проста або нуклеарна сім'я – складається з одного покоління, представленого батьками з дітьми або без дітей. Нуклеарна сім'я в сучасному суспільстві набула найбільшого поширення. Вона може бути: елементарна (сім'я з трьох членів: чоловік, дружина і дитина), в свою чергу елементарна сім'я може бути повною і неповною. Складна сім'я – велика родина з кількох поколінь, може включати бабусь і дідусів, братів і їх дружин, сестер та їхніх чоловіків, племінників і племінниць.

Залежно від **місця людини в сім'ї**: батьківська – сім'я, в якій людина народжується; репродуктивна – сім'я, яку людина створює сам.

В залежності від **місця проживання сім'ї:** матрилокальна – молода сім'я, що проживає з батьками дружини; патрилокальний – сім'я, що проживає спільно з батьками чоловіка; неолокальна – сім'я переїжджає в житло, віддалене від місця проживання батьків.

Сім'я виконує певні **функції.**

Репродуктивна функція – у будь-якій сім'ї найважливішою є проблема дітонародження. Цілісність сексуальної потреби, що за-

безпечує продовження роду, і любові як вищого почуття. Подружня любов значною мірою залежить від характеру задоволення сексуальних потреб, особливостей їх регулювання та відносин подружжя до питання дітонародження. **Сексуальна функція** передбачає реалізацію сексуальних стосунків подружжя, досягнення ними сексуального задоволення;

Господарсько-економічна функція – включає харчування сім'ї, придбання і утримання домашнього майна, одягу, взуття, благоустрій житла, створення домашнього затишку, організацію життя і побуту родини, формування і витрачання домашнього бюджету;

Регулятивна функція полягає в регулюванні стосунків між членами сім'ї на основі моральних норм через первинний соціальний контроль, реалізацію особистого авторитету і влади. **Виховна функція** реалізується у трьох аспектах – первинна соціалізація дитини; постійний вплив дітей на їхніх батьків, а також систематичний виховний вплив сімейної групи на кожного свого члена. **Комунікативна функція** задовольняє потреби членів сім'ї у спілкуванні і взаємодії один з одним і соціумом, багато в чому визначаючи характер сприйняття останнього;

Регенеративна функція – (лат. regeneratio – відродження, відновлення), означає успадкування статусу, прізвища, майна, соціального становища. Сюди ж можна віднести і передачу фамільних традицій та коштовностей;

Освітньо-виховна функція – полягає в задоволенні потреб у батьківстві та материнстві, контактах з дітьми, їх вихованні, самореалізації в дітях. Сімейне виховання більш емоційне за своїм характером, ніж будь-яке інше виховання, бо «провідником» його є батьківська любов до дітей, що викликає відповідні почуття дітей до батьків. **Сфера первісного соціального контролю** – моральна регламентація поведінки членів сім'ї в різних сферах життєдіяльності, а також регламентація відповідальності і зобов'язань у відношенні між подружжям, батьками і дітьми, представниками старшого і середнього покоління;

Рекреативна функція – (лат. recreatio – відновлення). Пов'язана з відпочинком, організацією дозвілля, турботою про здоров'я і благополуччя членів сім'ї.

Функція духовного спілкування – розвитку особистостей членів сім'ї, духовне взаємозбагачення. **Соціально-статусна функція** – надання певного соціального статусу членам сім'ї, відтворення соціальної структури;

Психотерапевтична функція – дозволяє членам сім'ї задовольняти потреби в симпатії, повазі, визнанні, емоційній підтримці, психологічному захисті. Ця нова, раніше невідома функція виникла у той час як традиційні функції стали різко послаблюватися. Вона реалізується у двох аспектах – «погладжування» (ласка й увага один до одного) і «резонування» (розуміння і допомога один одному в оцінюванні позицій з важливих проблем, підтримування іншого в його самореалізації й особистісному розвитку).

В Україні типовою є нуклеарна сім'я з невеликою кількістю дітей (52,1% – з однією дитиною), із професійно зайнятими батьками, що підтримують здебільшого ділові контакти з родичами. У неповних сім'ях виховують 1,5 млн дітей. Внаслідок зменшення реальних доходів родин переважна їх більшість не має можливості створити для дітей сприятливі умови життя. Отже, сучасна українська сім'я часто не має змоги повною мірою реалізувати свій виховний потенціал. Це спричинюється як особливостями суспільного виховання, так і негативними змінами всередині сім'ї: зниженням її стабільності, малодітністю, послабленням традиційної ролі батька, трудовою зайнятістю жінки та ін.

3.2.3.Подружня адаптація

У широкому розумінні під **адаптацією** (від лат. adapto – пристосовую) розуміється цілісна система активних і спрямованих дій індивіда, що сприяють не тільки підтримці динамічної рівноваги в конкретних умовах, а й забезпечують можливість еволюції при їх зміні. У психології адаптація – це єдність двох процесів: асиміляції (у найзагальнішому розумінні зміни оточення для успішного пристосування) і акомодації (зміни самого себе з тією самою метою). Таким чином, **психологічна сутність адаптації** полягає у взаємному уподібненні подружжя, узгодженні, зближенні думок, почуттів і

поведінки на основі насамперед таких психологічних механізмів пізнання один одного, як ідентифікація і рефлексія.

Розрізняють такі напрямки адаптації: матеріально-побутову, що полягає в координації прав і обов'язків подружжя, формуванні моделей сімейного бюджету, що задовольняють їх обох; морально-психологічну, що ґрунтується на узгодженні інтересів, установок, ціннісних орієнтацій, світогляду; інтимно-особистісну, що передбачає досягнення сексуальної гармонії, морально-психологічне задоволення інтимними стосунками.

Сім'я як мала група має певні особливості: жорсткі нормативні установки сімейних стосунків, що зумовлюються існуванням у кожній культурі чітко окреслених уявлень про те, коли найдоцільніше створювати сім'ю, якими мають бути стосунки між подружжям, батьками і дітьми, як розподіляються обов'язки між членами сім'ї, які заохочення і санкції необхідно застосовувати до членів сім'ї в різних ситуаціях тощо.

Крім того, сім'я безпосередньо залежить від суспільних інститутів, що регулюють порядок взяття і розірвання шлюбу, особливих прав і привілеїв, застосування певних санкцій (наприклад, позбавлення батьківських прав) тощо; чітко окреслену гетерогенність складу сім'ї за статтю, віком, що зумовлює різні потреби, ціннісні орієнтації членів сім'ї тощо; закритий характер сімейної групи, що зумовлюється певною конфіденційністю стосунків, обмеженою можливістю і чіткою регламентацією порядку входження в сім'ю нових членів і виходу з неї, мало того, іноді неможливістю виходу із сім'ї (наприклад, неможливо припинити об'єктивно існуючу спорідненість);· чітко визначену поліфункціональність сім'ї, що часто пов'язано з великою кількістю сімейних ролей, численними аспектами сімейного життя, які мають суперечливий характер; «історичність», тобто на життєдіяльність сім'ї впливають не тільки якісні етапи її розвитку (залицяння, народження дітей та ін.), а й безпосередній досвід сімейного життя дорослих членів сім'ї в їхніх батьківських сім'ях, коли вони самі були дітьми; чітко окреслену емоційність сімейних стосунків, які мають абсолютний характер, що зумовлює велику суб'єктивну важливість багатьох, навіть об'єктивно незначних аспектів життєдіяльності сім'ї і ро-

бить (з урахуванням впливу певних культурних стереотипів) успіх чи невдачу в сім'ї винятково значущими для людини, впливаючи на її світовідчуття, психічний і соматичний стан здоров'я.

На психічний і соматичний стан здоров'я людини особливо несприятливо впливають такі сімейно обумовлені переживання [14]: глобальна сімейна незадоволеність, фрустрація через різкі розбіжності між очікуваннями індивіда і реальними умовами життя в сім'ї; при цьому характер впливу незадоволеності значною мірою залежить від міри усвідомлення такого стану. Якщо незадоволеність сім'єю усвідомлюється, вона обертається на відкриті конфлікти подружжя, взаємну агресію, якщо незадоволеність не усвідомлюється, а подружжя стверджує, що все нормально, пояснюючи негаразди в сім'ї виключно зовнішніми об'єктивними обставинами, це найчастіше призводить до неврозів, депресії, алкоголізму, акцентуацій характеру тощо; так звана сімейна тривожність, що виявляється в перебільшених страхах щодо здоров'я, певних особливостях спілкування та поведінки членів сім'ї і переживанні безпорадності, нездатності запобігти несприятливому перебігу подій; почуття провини, пов'язане із сім'єю, коли індивід вважає себе (усвідомлено чи неусвідомлено) винуватцем сімейних негараздів і через характерологічні особливості схильний сприймати поведінку інших членів сім'ї як обвинувальну, хоча насправді це не так; · надмірне нервово-психічне напруження, пов'язане зі значними перешкодами щодо задоволення потреб сім'ї, коли навіть помітні зусилля індивіда не дають бажаних результатів, створюючи внутрішній конфлікт, який особливо загострюється тоді, коли сім'я висуває до цього члена сім'ї суперечливі вимоги і покладає на нього відповідальність за їх дотримання. Наприклад, коли дружина, звинувачуючи чоловіка у небажанні допомогти їй по господарству, водночас гостро критикує будь-які намагання чоловіка їй допомогти.

Проблемам психології подружніх стосунків присвячені численні роботи вітчизняних і зарубіжних дослідників. Розглядаються різні проблеми сучасного шлюбу: психологічна сумісність подружжя, їх задоволеність шлюбом, структура родинних ролей, стійкість шлюбно-сімейних стосунків.

Ряд дослідників сім'ї переконані, що подружня дезадаптація обумовлена психологічною і сексологічною несумісністю подружжя, яке заважає їм встановити взаєморозуміння, правильно вирішувати виникаючі конфлікти і пристосовуватися один до одного. Запропонована навіть класифікація чинників стійкості шлюбу, об'єктивні і суб'єктивні, зовнішні (стабілізація соціальної системи, матеріальні умови) і внутрішні (взаємна любов, відповідальність, подружня сумісність). Вважається, що подружня адаптація більше визначається внутрішніми чинниками, тоді як зовнішні втрачають свою силу у зв'язку з демократизацією суспільного життя. Крім того несприятлива дія останніх може компенсуватися впливом внутрішніх джерел інтеграції–подружньої сумісності, сили подружніх відчуттів, високої культури стосунків і так далі. Можна стверджувати, що емоційні узи (любов, прихильність) служать основним критерієм подружньої грації. Л.Я. Гозманом (1987) виділені три групи чинників, що стабілізують емоційні стосунки подружжя: адекватна організація взаємодії, сприятливе поєднання особистісних властивостей і включеність в спільну діяльність. В цілому за даними літератури можна виділити два підходи до дослідження проблем подружньої адаптації: вивчення подружньої взаємодії на особистісному й на міжособистісному рівні. Прихильники першого підходу бачать джерело подружньої адаптації в сприятливому поєднанні особистісних рис подружжя і балансі індивідуальних мотивів. Проте більшість дослідників розуміють подружню адаптацію як багатокомпонентну і багаторівневу характеристику. Виділяють психофізіологічний, психологічний, соціально-психологічний, соціологічний рівні взаємодії подружжя, на кожному з яких може виявлятися їх адаптація або дезадаптація. Сумісність подружжя визначається узгодженістю їх уявлень про родинні функції і розподіл родинних обов'язків при реалізації цих функцій; подружня сумісність як шлюбних партнерів включає особову сумісність і сексуальну відповідність подружжя. На думку Н.Н.Обозова, важливою умовою подружньої сумісності є відмінність подружжя за домінантністю і схожістю за такими якостями, як товариськість, довірливість, самостійність. Позитивним вважається взаємодоповнення шлюбних партнерів по характеристиках

психологічних типів, виділених К.Г.Юнгом, а також при таких поєднаннях типів, як мисленнєвий – емоційний, сенсорний – інтуїтивний, екстраверт – інтроверт.

На думку низки авторів, у сучасній сім'ї підвищилася роль соціально-психологічних чинників, пов'язаних із спілкуванням подружжя, що обумовлює і активізацію уваги дослідників до даної проблеми Н.В.Гришина вважає, що дисгармонійність родинних стосунків приводить до підвищення конфліктності особи, а отже, і до негативних наслідків і в інших життєвих сферах. Основні порушення в родинній взаємодії пояснюють рольовою неузгодженістю, розбіжністю потреб подружжя. І.А.Семенкіна (2001) вважає, що сумісність подружжя значною мірою визначається можливістю задоволення в шлюбі їх основних потреб у спілкуванні, пізнанні, матеріальних і рольових, потреби в захисті Я-концепції. А.Н.Волкова, Т.М.Трапезникова (1985) вважають, що благополучна подружня пара характеризується схожістю родинних цінностей, високою ролевою активністю, низькою конфліктністю в різних сферах життя, високою повагою і емоційним прийняттям один одного. У ряді робіт подружні стосунки вивчаються з точки зору взаємного міжособистісного пізнання подружжя. У цих роботах зроблений висновок про те, що всі елементи міжособистісного пізнання утворюють єдину складну систему регуляції рольової співпраці і емоційно-психологічних стосунків подружжя. Т.М.Мішина(1983) аналізуючи структуру перцептивних процесів в парі, виділяє окрім міжіндівідуального рівня, ієрархічно вищий рівень соціальної перцепції–образ пари. Відмітною особливістю більшості сучасних досліджень подружньої адаптації в нашій країні і за кордоном є використання структурного системного аналізу, уявлень про взаємодію, ідей комунікативної теорії. Існують концепції особистості, що підкреслюють взаємозалежність і міжособистісних стосунків, автори яких вважають, що принцип системності має на увазі взаємодетермінованість особи і міжособистісних стосунків (Лаутербах.В., 1995). Тому при психологічній діагностиці подружньої дезадаптації необхідно враховувати обидва плани – як особистісний, так і міжособистісний.

Дослідниками цієї школи були вивчені розвиток і прояви подружньої дезадаптації при різній соматичній патології – органічно-

му ураженні нервової системи, ендокринних, гінекологічних, урологічних захворюваннях; при неврозах, інших психічних розладах; при порушеннях психосексуального розвитку; при розладах особистості, а також психологічні і соціально-психологічні аспекти дезадаптації.

Поняття. сексуальної адаптації подружжя тісно пов'язане з поняттям сексуального здоров'я. Формулювання сексуального здоров'я людини було прийняте ще чверть століття назад на спеціальній нараді експертів ВООЗ. Воно свідчить:.«Сексуальне здоров'я є комплексом соматичних, емоційних і соціальних аспектів сексуального існування людини, що позитивно збагачують особу, підвищують комунікабельність людини і її здібність до любові, в основі якого лежить право на інформацію в області сексуальності і статевої освіти. Сексуальне здоров'я включає також свободу від страху, відчуття сорому і провини, помилкових уявлень і інших психологічних чинників, що пригнічують сексуальну реакцію і що порушують сексуальні взаємовідносини».

У приведеному формулюванні відображені і багатофакторна обумовленість сексуального здоров'я, і ті психологічні чинники, які порушують гармонію сексуального життя. Проте це визначення не можна вважати досить повним, перш за все тому, що воно не стосується таких важливих аспектів сексуального здоров'я, як гетеро сексуальна спрямованість статевого потягу, правильна психосексуальна орієнтація і головне – адаптація сексуальної поведінки партнерів. На думку ряду авторів, прихильників теорії міжособистісної комунікабельності, сексуальна дисгармонія може бути обумовлена порушенням спілкування.

Л.Старович серед причин розвитку сексуальної дисгармонії називає порушення міжособистісної комунікації; зникнення привабливості особистості партнера; примус партнера до статевого життя, у тому числі з метою демонстрації своєї потенції; неправильна поведінка партнерки, наприклад порівняння актуального партнера з попереднім, або чоловіка з позашлюбним партнером; перенесення на партнера або зв'язок з ним стосунків з періоду дитинства, батьківської сім'ї, зокрема, пошук в особі дружини рис матері; боротьба між подружжям за домінування в сім'ї; сексуа-

льний «саботаж», зокрема відмова партнерки в інтимній близькості з метою провокації його озлоблення; боязнь можливої сексуальної невдачі або сексуального розчарування; відсутність ефективної сексуальної активності, у тому числі по непоінформованості; зростаючі негативні емоції до партнера. У літературі є багато даних, що свідчать про те, що часто причинами. Виникнення сексуальної дезадаптації є недостатня підготовленість молоді до подружнього життя, неправильний вибір партнера, невміння правильно вирішувати конфлікти, особливо в перший рік подружнього життя.

У своїй роботі Г.С. Васильченко, Г.Ф. Дейнега використовують поняття «шлюбного потенціалу», яке інтегрує п'ять основних функцій шлюбного союзу: задоволення матеріально-економічних, культурних, особових і сексуальних потреб подружжя в умовах тісного і тривалого контакту. Виходячи з цього, автори розцінюють будь-яке порушення взаємин між подружжям по одному з вказаних шлюбних чинників, або по їх поєднанню, як прояв сімейно-сексуальної дисгармонії. Однак, не можна не відзначити, що із-за такого розподілу сексуальна дисгармонія подружжя без врахування особистісних особливостей, зводиться лише до розбіжності деяких сексуальних характеристик і неадекватним моделям сексуальної поведінки.

З.Rohler висловлює думку, що в сучасному суспільстві велику роль у взаєминах подружжя відіграють соціальна активізація жінок, їх професійна діяльність. Неспівпадіння очікуваного сценарію подружнього життя і ідеалу партнера з реальною дійсністю призводить до конфліктів між подружжям і до сексуальної незадоволеності, яка, у свою чергу, негативно впливає на характер сексуальних стосунків.

Родини розрізняють ще за якістю зовнішніх і внутрішніх меж. Найбільш патологічними варіантами, що розміщуються на протилежних полюсах континууму, є ретрофлексуюча (від ретрофлексія –спрямування енергії всередину) і дезорганізована сім'ї. **Ретрофлексуюча сім'я** має тверду непроникну спільну межу і водночас прозорі індивідуальні межі. Члени цієї сім'ї так тісно взаємопов'язані через острах розриву стосунків, що це знижує можливості індивідуального зростання. Проблеми, що виникають внаслідок заплутаних, неконструктивних стосунків, не розв'язуються

через жорсткі зовнішні межі сім'ї, відсутність достатніх контактів з оточенням. У таких сім'ях існує велика небезпека виникнення психосоматичних захворювань.

Дезорганізована сім'я з надмірно прозорими зовнішніми межами розміщується на протилежному полюсі континууму. У таких сім'ях через відсутність достатнього взаємного контакту її членів і відкритості зовнішніх меж існує велика небезпека асоціальної поведінки чи розпаду сім'ї як цілого. Між зазначеними полюсами розміщується більшість родин, що функціонують з більшменш адекватними межами.

Розрізняють також сім'ї з різним виховним потенціалом: **виховально-сильні**, тобто зі сприятливою моральною атмосферою сім'ї; **виховально-стійкі**, де створюються загалом сприятливі можливості для виховання, а труднощі, що виникають у сім'ї, і недоліки усуваються за допомогою інших соціальних інститутів, насамперед школи; **виховально-нестійкі**, для яких характерна неправильна виховна позиція батьків (наприклад, надмірна опіка) при відносно високому загальному виховному потенціалі сім'ї; **виховально-слабкі** зі втратою контакту з дітьми і контролю над ними, коли батьки з різних причин (через поганий стан здоров'я, перевантаженість роботою, низький рівень освіти та психолого-педагогічної компетентності) не здатні правильно виховувати дітей, поступившись у своєму впливі групі однолітків.

З психолого-педагогічного погляду негативно впливають на становлення особистості дитини сім'ї виховально-слабкі з постійною конфліктною атмосферою, виховно-слабкі з агресивно негативною атмосферою, у яких панують агресивність і жорстокість, маргінальні з алкогольною та сексуальною деморалізацією, правопорушницькі, злочинні, психічно обтяжені.

За дослідженнями Е. Ейдеміллера, у сім'ях, де спостерігається порушення в нормальній реалізації сімейних функцій (у так званих дисфункціональних сім'ях) і відповідно незадоволеність шлюбом, причини створення сім'ї були: втеча від батьків; почуття обов'язку; самотність; наслідування традицій (ініціатива батьків); любов; престиж, пошук матеріальних благ; помста колишньому коханому(ій).

Якщо при цьому мотивація взяття шлюбу є суперечливою, то риси шлюбного партнера (фізичні, особисті тощо), які спочатку не помічалися (як небажані), починають сприйматися особливо негативно, посилюючи дисфункцію сім'ї. Таким чином, задоволеність шлюбом залежить також від узгодженості шлюбно-сімейної мотивації, яка багато в чому зумовлює його стабільність.

Розбіжності в поглядах чоловіків і жінок на сімейні цілі й цінності, інші аспекти життєдіяльності сім'ї у принципі можна подолати у процесі їх взаємної адаптації до спільного способу життя. При цьому може виникнути вторинна негативна адаптація внаслідок того, що любов підпорядковується загальному психофізіологічному закону адаптації, відповідно до якого при постійній дії одного й того самого подразника сила почуття, що викликана цим подразником, зменшується. У результаті для підтримки сили почуття на високому рівні необхідно або збільшити силу подразника, або робити перерви, або змінювати якість подразнення.

Вторинна негативна адаптація виявляється у трьох сферах: інтелектуальній (зменшення інтересу подружжя один до одного як особистості внаслідок повторення у спілкуванні тих самих оцінок, суджень, думок); моральній (можливе зниження поваги подружжя один до одного в результаті щоденного неминучого спілкування, коли вони можуть з'явитися один перед одним у непривабливому зовнішньому вигляді, використовувати неприйнятні слова, жести тощо); сексуальній (зниження взаємної привабливості через доступність і одноманітність взаємин).

Негативна адаптація може посилюватися внаслідок гендерних відмінностей, оскільки чоловіки особливо чутливі до матеріально-побутових незручностей, труднощів фізичної адаптації, а жінки – до зменшення зовнішніх проявів з боку чоловіка любові і поваги, втрати романтики дошлюбних залицянь. До умов подолання вторинної негативної адаптації належать: особистісне самовдосконалення, духовний розвиток; підвищення культури взаємин, підтримання почуття високої самоцінності один одного; підвищення автономності подружжя, розширення інтересів і кола їх спілкування за межі шлюбу.

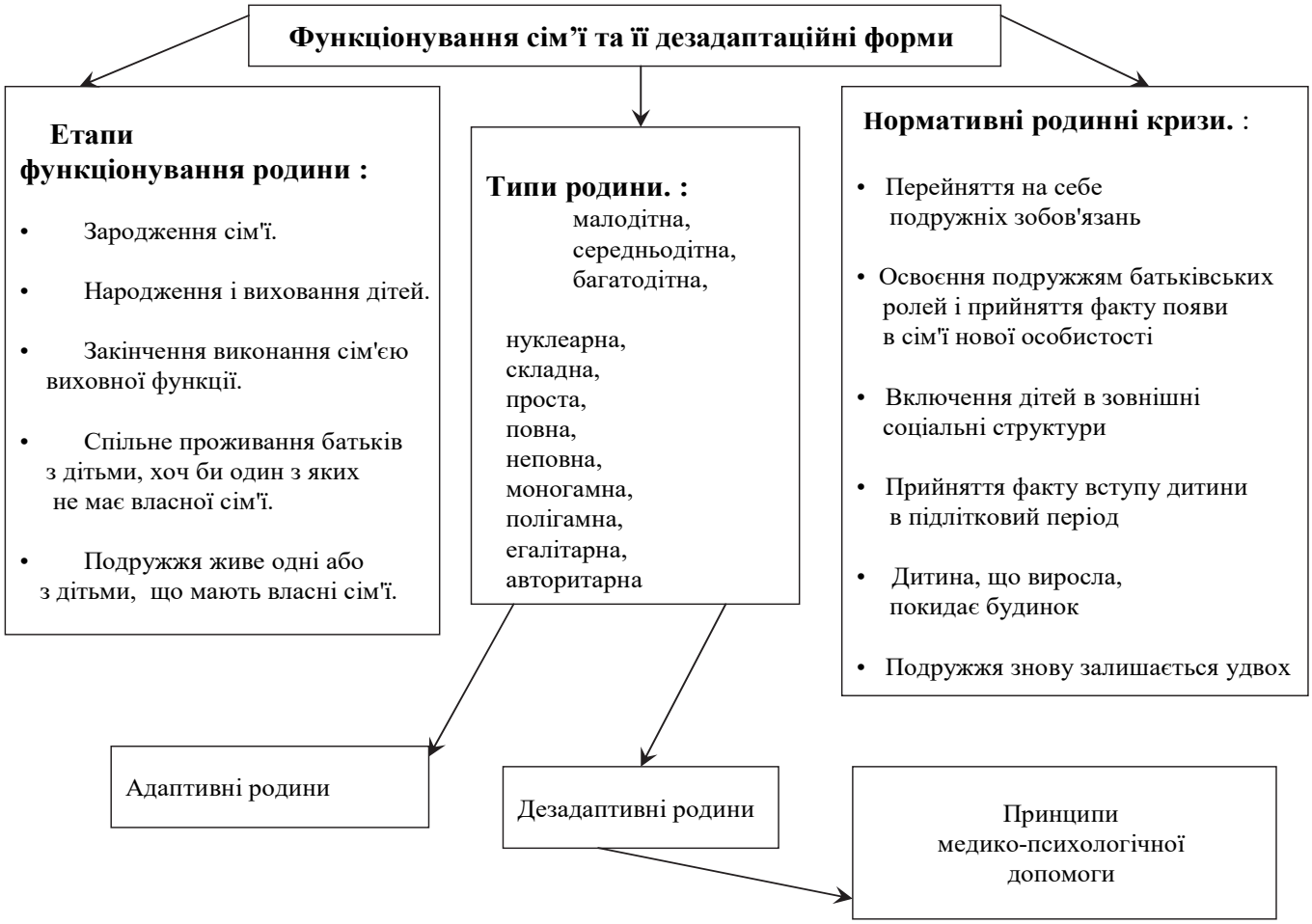
Успішність адаптації, а отже, стабільність шлюбу залежать від особливостей взаємодії членів сім'ї, що насамперед виявляються в їхньому спілкуванні. Висновок про важливість ролі подружньої взаємодії, спілкування підтверджується дослідженнями В. Мет'юза і К. Міхановича. Вони виявили десять найважливіших відмінностей між щасливими і нещасливими сім'ями. Ознаки нещасливих сімей:

1. Не мають єдиної думки з багатьох питань і проблем.
2. Погано розуміють почуття один одного.
3. Говорять слова, що дратують іншого.
4. Часто почуваються нелюбими.
5. Не звертають уваги один на одного.
6. Відчувають незадоволену потребу в довірі.
7. Відчувають потребу в людині, якій можна довіритися.
8. Рідко роблять компліменти один одному.
9. Змушені часто поступатись один одному.
10. Бажають, щоб їх любили сильніше.

Основною причиною порушення комунікації в сім'ї є перевантаженість спілкування вторинними функціями (посилена перевірка відповідності уявленням кожного з партнерів про себе, один про одного і їхні стосунки). При цьому надмірно центроване на партнері ставлення до нього, сумнів у його вірності, підозра у зраді формують особливий психічний стан – ревнощі. Розрізняють такі види ревнощів: тиранічні, звичайно властиві авторитарним, егоїстичним, упертим людям, які, як правило, вважають свого партнера власністю, об'єктом для задоволення власних потреб; від ущемлення, притаманні людям, які страждають на комплекс неповноцінності (за А. Адлером), з тривожно-недовірливим характером; звернені, що виникають як захисний механізм – проекція своєї готовності до зради на партнера.

Формалізована структура змісту теми

Функціонування сім'ї та її дезадаптаційні форми



Умови успішного сімейного спілкування: відкритість, відсутність у подружжя таємниць один від одного, заборонених тем, можливість відверто висловити свої думки, виявити почуття; підтвердження у процесі спілкування позитивного уявлення про себе в кожного з партнерів; активний трансактний обмін, постійне обговорення думок, почуттів, вражень; ситуативна адекватність, обумовленість форм спілкування подружжя конкретною ситуацією.

Запитання для самостійної роботи

1. Які ви знаєте стадії розвитку сім'ї.
2. Перелічіть основні типи родини за демографічними показниками (стать, кількість дітей, сумісне проживання і т.д.).
3. Подружня адаптація, основні критерії.
4. Назвіть кризи розвитку родини.

5.Роль мікроклімату в родині.

6.Адаптивні та дезадаптивні родини, їх різновиди та принципи роботи психолога.

7.Які ви знаєте функції родини?

8.Роль статевої культури для сумісності партнерів і здоров'я людини, психологічна допомога.

9.Типи виховання в родині.

Альтернативно-тестові завдання для самоконтролю

1. До показників, за якими оцінюють психологічне здоров'я сім'ї, не належать:

а) ціннісно-орієнтаційна єдність;

б) соціально-рольова адекватність;

в) тривалість шлюбу;

г) адаптивність,

д) емоційна задоволеність шлюбом.

2. Подружні ролі можуть бути, за виключенням:

а)традиційні;

б) товариські;

в) авторитарні;

г) партнерскі

3. Основні подружні роли можуть бути, за виключенням:

а) друг

б) сексуальний партнер

в) колега

г) опікун

д) покровитель

4. Родини за типом бувають, за виключенням:

а) патріархальні;

б) матріархальні;

в) дітоцентристські;

г) подружні.

5. За структурою влади родини бувають, за виключенням:
а) авторитарні,
б)демократичні,
в) охлократичні,
г) ліберальні.

6. До функцій родини не відноситься:
а) репродуктивна,
б) реабілітаційна,
в) регулятивна,
г) регенеративна,
д) рекреативна.

7. Психотерапевтична функція в родині, це:
а) погладжування,
б) перенос,
в) резонування.

8. Що не є станом дисфункціональної родини:
а) стан глобального родинного невдоволення
б) стан родинної сварки
в) стан надмірного психічного напруження
г) стан родинної тривоги
д) стан родинної провини

Завдання та проблемні ситуації

1.У чому полягає етапність розвитку родини?

2.Що є спільного та відмінного між окремими стадіями розвитку родини?

3.Чим принципово розрізняється адаптивна та дезадатпивна родина?

4.Чи можна стверджувати, що кризи розвитку є неминучими для кожної родини?

5.Поясніть з точки зору педагогіки та медицини необхідність розуміння причин та наслідків неправильного виховання у родинах?

6.Сформулюйте головні вимоги до лікаря-психолога, що надає допомогу родині.

7.Сформулюйте показники оцінки психологічного здоров'я родини.

8.У чому полягає психотерапевтична функція родини?

9.У чому полягає відмінність дезадаптивної родини від адаптивної?

10. Що дає лікарю-психологу розуміння сімейних аспектів психологічного здоров'я?

Література

Основна:

1. Беро М.П. Порушення здоров'я сім'і ліквідаторів аварії на Чорнобильській АЕС і його психотерапевтична корекцщя: Автореф. дис....д-ра мед. наук. Київ, 2000.-30с.

2. Бойко О.В. Охрана психического здоровья: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.:»Академия», 2004. – 268 с.

3. Maksymenko, S.D.(2021) Genetic principles of creative personality confident as a propulsion of mental development. Ottawa: Accent Graphics Communications and Publishing. Glasgow: Society for the support of publishing initiatives and scientific mobility Limited.-615 p.

4. Максименко С.Д., Деркач Л.М., Розуміння сучасної когнітивної війни в глобальному вимірі, її генезис в українському контекс-

ті: огляд та напрямки майбутніх досліджень // Оборона і стратегія. університет оборони БРНО. Випуск: Том 23, №1 (червень 2023)

5. Максименко С., Яланська С., Атаманчук Н., та інш. Psychophysiological unloading with compliance taking into accounr: aeroapiphythotherapy resource. Acta Balneologica. – 2023. – № LXV (2),P.98-104

6. Максименко С.Д., Ірхін Ю.Б., Деркач Л.М., Марусинець М.М., Касинець М.М. Психологічна організація модульного формування когнітивних здібностей: генетико-креативний підхід. Психологічна організація модульного формування когнітивних здібностей: генетико-креативний підхід: навчальний посібник. Том 2. Київ: «Видавництво Людмила», 2023. 356 с.

7. Максименко С.Д., Ірхін Ю.Б., Деркач Л.М., Марусинець М.М., Касинець М.М. Психологічна організація модульного формування когнітивних здібностей: генетико-креативний підхід. Психологічна організація модульного формування когнітивних здібностей: генетико-креативний підхід: навчальний посібник. Том 1. Київ: «Видавництво Людмила», 2023. 384 с.

8. Максименко С., Деркач Л., Кіричевська Е., Касинець М. Психологія когнітивних процсів: науковий посібник / Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г.С. Костюка. Київ: «Видавнцтво Людмила» 2022. 420 с.

9. Максименко С.Д., Максименко К.С.. Папуча М.В. Психологія особистості: Підручник. – К.: ТОВ «КММ», 2007. – 296с.

10. Максимова Н.Ю., Мілютіна К.Л., Піскун В.М. Основи дитячої патопсихології. – К.: Перун, 1996.

11. Маркова М.В. Психопрофілактика порушення функціонування студентської сім'ї (медико-психологічні аспекти): Автореф. дис.....докт. мед. наук. Харків, 2007.-32с.

12. Семенкина И.А. Супружеская дезадаптация при нарушении функцій семи и ее психологическая коррекция: Автореф.дис.....канд.психол.наук.-Киев, 2001.-16с.

Додаткова:

1. Грушко В.С. Основи здорового способу життя: Навчальний посібник з курсу «Валеологія». – Тернопіль: СМП «Астон», 1999. – 368 с.

2.Загальна психологія. / За загальною редакцією академіка С.Д.Максименка. Підручник. – 2-ге вид., переробл. і доп. – Вінниця: Нова Книга, 2004. – 704 с.

3.Кляйн М. Некоторые теоретические выводы, касающиеся эмоциональ-ной жизни ребенка // Психоанализ в развитии. – Екатеринбург, 1998.

4.Кулик С.М. Психологічні проблеми професійної адаптації вчителів // Актуальні проблеми психології. Том 1.: Соціальна психологія. Психологія управління. Організаційна психологія / За ред. Максименка С.Д., Карамушки Л.М. – К.: Інститут психології ім. Г.С.Костюка АПН України, 2001. – Ч. 2. – С 201-204.

5.Максименко С.Д. Генетическая психология (методологическая рефлексия проблем равития в психологии). – М. : «Рефл-Бук», К.: «Ваклер», 2000. – 320 с.

6.Максименко С.Д. Основи генетичної психології. – К., 1998. – 218с.

7.Общая психология / Под ред. С. Д. Максименко. – М.: Рефл-бук; К.: Ваклер, 1999.

8.Шапар В.Б. Психологічний тлумачний словник. – Х.: Прапор, 2004. – 640 с.

3.3 Особистість та мікросоціальне оточення: потенційна небезпека для психологічного здоров'я

КЛЮЧОВІ ПОНЯТТЯ ТЕМИ: Несприятливі життєві події. Емоційні, поведінкові проблеми. Проблеми у взаємовідносинах. Ситуації залякування, глузування і насильства. Неадекватна сімейна підтримка або її відсутність. Непорозуміння у відносинах з власними дітьми. Нездатність пристосуватися до середовища.

Життя постійно пропонує людині несподіванки, до яких вона має бути напоготові, інакше пристосування до мінливих зовнішніх обставин утруднюється та, порушується. ***Несприятливі життєві обставини*** ніби навмисно виникають, щоб вчасно загартувати людину, готуючи її до справжніх проблем, до життєвих криз.

Нормальну адаптацію особистості до *несприятливих життєвих обставин* забезпечує регуляція взаємин людини із зовнішнім світом; механізмом адаптації, регуляції та саморегуляції є індивідуальний досвід, який полягає в накопичених індивідом знаннях, уміннях і навичках, можливостях інтерпретувати події минулого та сучасного і самого себе в контексті цих подій, взаємодії з навколишнім світом.

Зовнішні умови можуть бути лише несприятливими або такими, що полегшують процес сутнісного самозростання особистості. Потенціал *особистісного саморозвитку* закладений в кожній людині, тому найнесприятливіші умови життя не спроможні остаточно зупинити або істотним чином загальмувати цей рух уперед.

У людини завжди є вибір актуальної життєвої стратегії, життєвого сценарію, який здатний змінити смисложиттєві орієнтації. Коли людина уникає вибору, не робить його вчасно, вона потрапляє у *несприятливі життєві обставини,* кризову життєву ситуацію, яка примушує до вибору, але вже у максимально загостреній, екстремальній формі.

Навіть самоактуалізована (за А.Маслоу), зріла та творча особистість не може уникнути несприятливих обставин та кризових ситуацій. Немає життя без певних несприятливих обставин; складних та несподіваних ситуацій; проблем, які спочатку здаються майже нерозв'язуваними. Ніхто не застрахований від трагічних обставин, пов'язаних зі смертю рідних і близьких.

Існує низка подій родинного життя із шлюбами, народженнями, кончинами, розлученнями; ланка подій професійного життя, що включає отримання освіти, працевлаштування, кар'єрні переміщення, керівні посади, звільнення, вихід на пенсію; ланцюг політичних подій в країні, що певним чином впливають на її громадян.

А.Адлер акцентує увагу на перших подіях, які людина запам'ятовує у своєму житті. Події, зафіксовані в пам'яті з дитинства, залишаються дуже близькими головним життєвим інтересам і уподобанням. Знаючи зміст цих подій, ми інколи можемо уявити собі загальну ціль і стиль життя. Згадуючи перші події, їх учасників, певну атмосферу, свої враження, людина несвідомо говорить про своє особистісне спрямування, про життєві цілі сьогодення, показує своє ставлення до оточуючих. Людина переживає цін-

ність окремої події в її безпосередньому зв'язку з минулим і майбутнім. Всі події, враження, бажання, очікування поєднуються в цілісну картину теперішнього життя, осяяну особливим змістом того, що вже відбулося чи ще передбачається.

3.3.1. Проблеми, пов'язані з несприятливими життєвими подіями в дитинстві

Для дитини середовищем, що формує її особистість є родина. Причому, особливості відносин і родині сприяють або гармонійному розвитку здорової дитини, або сім'я бере участь у формуванні нервово-психічної напруги особистості дитини.

Проблеми, пов'язані з несприятливими життєвими подіями в дитинстві, здебільшого виникають внаслідок наступних ситуацій:

1. Ситуація постійного психологічного тиску, важкого чи навіть безвихідного становища.

2. Ситуація створення перешкоди для проявів членами сім'ї певних, надзвичайно важливих для них почуттів, для задоволення істотних потреб

3. Ситуація створення або підтримки внутрішнього конфлікту індивіда.

4. Відчуття провини, пов'язане з родиною.

За МКХ10 до проблем, пов'язані з несприятливими життєвими подіями в дитинстві, відносять:

Z61.0 Втрата близького родича

Маленькі діти не тільки відчувають горе, але вони часто відчувають сум багато довше, ніж це іноді передбачалося (Bowlby,1960; Хейніке, Вестхеймер, 1966). В таких обставинах маленькі діти відкрито висловлюють свій сум з приводу відсутності матері протягом по принаймні кількох тижнів, плачучи і закликаючи її або вказуючи іншими шляхами, що вони все ще прагнуть до неї і чекають її повернення. Представлення про те, що печаль в дитинстві і ранньому дитинстві є короткочасною, не підтверджується при уважному вивченні.

Важко навіть для дорослих людей повною мірою сприймати те, що близька їм людина мертва і не повернеться назад. Для ді-

тей це явно набагато важче зробити. Багато вчених наголошують на тому, що діти і підлітки заперечують остаточність втрати; у них на більш-менш свідомому рівні присутні сподівання, що втрачений батько чи мати повернеться. Коли внаслідок допомоги психолога, психотерапевта або інших людей ці діти поступово починають усвідомлювати, що їхня мати насправді не повернеться назад, вони реагують на це панікою і гнівом. Хоча є відмінності між тим, як дитина і дорослий реагують на втрату, мають місце також дуже базисні схожості.

При наданні медико-психологічній допомозі надзвичайно важливо, щоб у дитини була доступна єдина і постійна замісна фігура, до якої вона змогла би поступово звикнути. Лише за таких обставин можна очікувати, що дитина в кінцевому рахунку сприйме цю втрату як безповоротну і потім реорганізує своє внутрішнє життя відповідним чином.

Z61.1 Відлучення дитини від домівки

В дошкільному віці діти більшою мірою реагують на присутність дорослих, а не на звичну обстановку. Тому перебування будь-де з батьками та/або близькими родичами не є травматичним. У шкільному, а особливо підлітковому віці, відлучення від домівки постає проблемою (не йдеться про короткотривалі канікулярні подорожі за бажанням дитини).

Дитина лишається звичного оточення, звичних речей, своєї кімнати і т.д. Вона реагує на зміну середовища насамперед підвищенням тривоги. В разі ненадання психологічної допомоги в залежності від рис особистості, віку, типу психологічного захисту та ступеню психологічної травматизації можуть проявитися різні емоційні та поведінкові розлади.

Z61.2 Зміна сімейних відносин в родині

Найчастіше зміна сімейних відносин в родині настає внаслідок розлучення батьків. Розлучення є чинником сильного негативного впливу на дитину за винятком умов, коли воно змінює на кращі умови формування особистості дитини (якщо покладає кінець гострому впливу на психіку дитини батьківських конфліктів, то може бути розцінене як благо).

Діти дуже сприйнятливі до конфліктів у родині. Сила та глибина реакції залежить від віку, досвіду, отриманого у житті, від характеру, темпераменту, вихованості, чутливості. Діти молодшого віку бувають так поглинені емоціями жаху, страху, страждання, що виявляються неспроможні протиставити їм форми захисту. Діти дошкільного віку вважають для себе винними у розлученні батьків, внаслідок чого розвивається почуття ненависті та жаги помсти. 10-річні діти засуджують обох батьків або того з них, хто позбавив відчуття захищеності. На думку більшості науковців, розрив батьків є надсильним стресом для дитини, що стає надалі поштовхом для розвитку відхилень в її поведінці і психічній діяльності.

Існують також специфічні моменти, пов'язані з наявністю тільки одного з батьків у родині. По-перше, це особливе становище одного з батьків (найчастіше, матері), що залишається в родині, якому бракуватиме моральної, соціальної та матеріальної підтримки, яка зазвичай надається чоловіком. По-друге,сама дитина піддається соціально-психологічній дискримінації, пов'язаній з відсутністю батька чи матері. По-третє, дитина виявляється позбавленою можливості спостерігати близькі і гармонійні відносини між двома дорослими людьми. Це може позначитися в пізнішому періоді життя на її власних шлюбних відносинах. По-четверте, якщо в сім'ї залишається батько протилежної статі, у дитини буде відсутня можливість адекватної статевої ідентифікації.

Z61.3 Події, що знижують самооцінку

Неспроможність ефективно виконати будь-яку діяльність, важливу в очах оточуючих, спричинюють зниження самооцінки дитини, проявів невпевненості в собі, почуття малоцінності. Це викликає стан неспокою, незахищеності, тривожності, а також сприяє виникненню надзвичайно гострої потреби дітей у визнанні, увазі. Нерідко ця гіпертрофована потреба провокує такі негативні прояви, як підвищена образливість, злопам'ятність.

Вразливість, імпресивність цих дітей на тлі емоційних розладів спричинює формування амбівалентності потреби у спілкуванні: відчуваючи гостру потребу в товаристві однолітків, спільній діяльності з вихователем, діти виявляють при цьому замкненість,

відлюдькуватість. Відсутність корекційних заходів у практиці виховання дітей з цими емоційними розладами може призвести до утворення стійкої негативної позиції щодо взаємин з іншими людьми, а також до деформації розвитку особистості.

Z61.4 Зґвалтування кимось з близьких

Z61.5 Зґвалтування сторонньою людиною

Сексуальне насильство над дітьми має кілька соціальних зон. Більш ніж 38% усіх зґвалтованих в Україні – діти і підлітки 12-16 років. У 25 % випадків дитина стає жертвою сексуального насильства чи розбещення від знайомої людини – далекого родича, сусіда, двірника. У таких випадках психіка дитини страждає менше. Жертву насилля жаліють, вона не відчуває себе винною за те, що сталося. Злочин сама дитина та оточення розглядають як нещасний випадок, про який варто якнайшвидше забути.

Набагато більших психологічних травм зазнають неповнолітні дівчатка, які стали жертвами насильства (як правило, групового) від своїх однолітків – десь на вечірці, шкільній дискотеці, у компанії однокласників. По-перше, дівчинка, яку зґвалтували кілька молодиків, особливо в випадках – на чолі з коханим хлопцем, втрачає довіру до всього світу. По-друге, у такому злочині чимало знайомих, а іноді й батьки дівчини, звинувачують саме її.

Далеко не всі випадки сексуального насильства чи розбещення дітей, зауважують фахівці, стають відомі правоохоронцям. Все частіше такими жертвами стають діти від 3 до 7 років у власній родині. Здебільшого розбещують маленьких дітей вітчими чи коханці їхніх матусь. Ґвалтівники чудово знають, що малеча думатиме, ніби над нею вчиняють якесь дійство, притаманне усім родинам. Тому нікому про це не розповідають, поки через якісь фізичні розлади не потрапляють до лікарів. Дівчата-підлітки також воліють мовчати про наругу, якої зазнали в сім'ї. Вони бояться зганьбити і себе, і матусю, й усіх родичів в очах оточення.

Існують непрямі ознаки того, що дитина зазнала сексуального насильства. Чимало дітей після такої наруги замикаються в собі. У школярок можуть з'явитися нові дивні звички. Наприклад, при відповіді на уроці, вони можуть совати уперед-назад стіл, біля якого стоять.

Тривожним сигналом для дорослих має бути і те, що дівчинка починає боятися усіх чоловіків. З такими дівчатами краще працювати жінкам. Жінці ці жертви насильства довірятимуть більше, ніж чоловікові при виконанні ними службових обов'язків.

Дівчатка-підлітки, які зазнають сексуального насильства в сім'ї, можуть спеціально псувати зовнішність: дуже коротко підстригатися, одягати брудний незграбний одяг, надмірно вживати косметику. Вони це роблять для того, щоб викликати відразу до себе у ґвалтівника й таким чином позбутися його приставань.

Іноді підлітки після зґвалтувань впадають у глибоке дитинство. Дівчинка-підліток починає тягати з собою до школи ляльок, одягати платтячка як у першокласниць, сюсюкати з однолітками, як у дитячому садочку. Така поведінка має бути тривожним сигналом.

Z61.6 Фізичне насильство

Фізичне та психологічне насильства є найбільш розповсюдженими видами насильства, на які припадає 95 % випадків. Наслідки насильства, порушуючи психічне здоров'я дітей, не мають чітко виражених симптомів та ознак, які б вказували на першопричину відхилень. Спостерігаються розлади емоційної сфери, а саме: необґрунтована зміна настрою, тривожність, депресія, які можуть супроводжуватися суїцидальними намірами, особливо в підлітковому віці.

Доведено, що діти, які відчували на собі жорстокість та насильство підсвідомо прагнуть відтворити свій життєвий досвід у дорослому житті, оскільки не знають іншої моделі поведінки. Віддаленими наслідками насильства є схильність до залежностей: алкоголізм, адиктивна, девіантна, делінквентна та асоціальна поведінка

Z61.7 Особистісні потрясіння

Z61.8 Інші несприятливі події

Z62.0 Неадекватність турботи та контролю з боку батьків

Зневага інтересів і потреб дитини – відсутність належного забезпечення основних потреб і потреб дитини в їжі, одязі, житлі, вихованні, освіті, медичній допомозі з боку батьків або осіб, які їх замінюють, через об'єктивні причини і без таких

Z62.1 Зайва опіка батьків

Z62.2 Виховання в закритому закладі

Серед можливих негативних наслідків перебування дитини в закритому закладі можуть бути:

- поганий стан соматичного здоров'я (спостерігаються інфекційні захворювання та наявність кишкових паразитів (Джонсон та інші, 1992; Сейман та інші, 2001).
- неповноцінний фізичний розвиток. Як зріст, так і вага можуть бути недостатніми, розмір голови не відповідає нормі, що є надзвичайно важливо з огляду на можливі розумові проблеми
- проблеми зору і слуху. Ці проблеми виникають через харчування, частково – через пізно встановлений діагноз та лікування, частково – через відсутність адекватної емоційної і фізичної стимуляції;
- моторні навички. Відставання моторики виражається стереотипною поведінкою, а саме: розкачуванням тіла і застиглим виразом обличчя (Свіні та Балком, 1995);
- когнітивні й соціальні здібності. Діти, які виховуються у закритих закладах, можуть мати значні й серйозні відставання в інтелектуальному розвитку (наприклад, у навичках мовлення та вмінні концентруватися на навчанні), а також не вміють взаємодіяти у соціумі з іншими людьми (спалахи гніву й проблеми з поведінкою є звичними). Видатний чеський психолог, професор Зденек Матейчек, навіть увів термін «інституційна депривація».
- жорстоке поводження. На жаль, жорстоке поводження з дітьми (мається на увазі психологічне, фізичне й сексуальне насильство) досить часто зустрічається у закритих закладах.

Z62.3 Вороже ставлення і несправедливі претензії до дитини

Визначені порушення проявляються у вигляді однієї з форм насильства над дитиною. Так. психологічне насильство в сім'ї – насильство, пов'язане з дією одного члена сім'ї на психіку іншого члена сім'ї шляхом словесних образ або погроз, переслідування, залякування, якими навмисно спричиняється емоційна невпевненість, нездатність захистити себе та може завдаватися або за-

вдається шкода психічному здоров'ю. Також до дитини може застосовуватися економічне насильство. Економічне насильство в сім'ї – умисне позбавлення одним членом сім'ї іншого члена сім'ї житла, їжі, одягу та іншого майна чи коштів, на які постраждалий має передбачене законом право, що може викликати порушення фізичного чи психічного здоров'я, навіть призвести до його смерті.

Z62.4 Емоційна занедбаність дітей

Існують ненавмисні, приховані механізми усунення небажаних, низько оцінюваних батьками дітей. Таких дітей можна розділити на кілька груп:

1) по стану здоров'я. Деякі матері вважають, що хворі діти не виправдають вкладеного батьківського внеску. Про таких дітей вони погано піклуються, що приводить до загострення хвороб і вмирання;

2) дитята-інваліди. Найчастіше їх уважають тяжким тягарем. Особливо це відноситься до дітей з розладом психіки;

3) з погляду статі. У деяких країнах, наприклад, в Індії й Китаї, в ісламських країнах, синів воліють дочкам, що утрудняє виживання жіночого потомства;

4) по ступені розвитку. В індустріальних країнах найбільшому ризику піддаються підлітки;

5) залежно від незвичайних і важких пологів, а також по інших біологічних факторах. У Західній Африці, наприклад, позбуваються від новонароджених дівчинок, що народилися із зубами;

6) з погляду зайвих дітей. Діти, які приводять сімейні ресурси в стресовий стан, піддаються високому ризику;

7) по особливостях поведінки особистості. У різних культурах цінують різні риси характеру й поведінки;

8) з погляду соціальної підтримки. Дуже велика роль законодавства про шлюб. Жертвами поганого поводження в багатьох країнах є сироти. Сучасні джерела вказують на ріст поганого поводження з дітьми, пов'язаний з урбанізацією й імміграцією, розпадом малих груп і відходом від сформованих культурних традицій.

Очевидно, що жорстоке поводження з дітьми й дитяча занедбаність ставлять під погрозу фізичне й емоційне виживання ді-

тей. Дослідники виділили поняття виборчої занедбаності. Виборча занедбаність – це будь-яка комбінація медичної, харчової, фізичної й емоційної занедбаності маленької дитини або підлітка в порівнянні з іншими дітьми в цій родині або в родинах, що перебувають у подібних соціально-економічних і культурно-виховних умовах.

Виборча занедбаність призводить до педагогічної занедбаності, як стійкого відхилення від норми в моральній свідомості та поведінці дітей, обумовленого негативним впливом середовища та недоліками виховання.

Педагогічна занедбаність включає три компоненти:

- відхилення від норм поведінки та невиконання поставлених навчальних завдань, як наслідок проявами цього є неуспішність, невстигання, важкість у навчанні. Тут особлива роль приділяється віковим особливостям учнів, їх індивідуальному досвіду;
- відставання у розвитку пам'яті, мислення, уяви, емоційно-вольових, етичних, рис і якостей особистості. Це пояснюється віковими особливостями учнів – нестійкість настрою, швидка стомлюваність, конфліктність тощо;
- відхилення у ставленні педагогічно занедбаних учнів до себе та до своїх власних можливостей, до однолітків, вчителів, а також батьків.

Z62.5 Інші проблеми, пов'язані з недоліками у вихованні

Z62.6 Неприйнятний тиск з боку батьків і інші негативні фактори виховання

Z62.8-9 Інші проблеми, пов'язані з вихованням дитини

Різні автори вказують різні причини вчинення насильства над дитиною у родині, але умовно їх можна розділити на три блоки: прагнення змінити поведінку дитини, психологічна розрядка на слабших членах родини, жорстокість як самоціль. Не залежно від того, з яких причин і в якій формі було здійснене насильство над дитиною в сім'ї, воно накладає свій відбиток у вигляді безпосередніх або віддалених наслідків.

До безпосередніх наслідків належать фізичні травми, ушкодження, головний біль, втрата свідомості, гострі психічні реакції у

відповідь на будь-який вид агресії, прагнення втекти, сховатися, або загальмованість, зовнішня байдужість тощо. Серед віддалених наслідків жорстокого поводження з дітьми виокремлюються порушення фізичного і психічного розвитку неповнолітнього, соматичні захворювання різної етіології (енурез, судомні стани, порушення сну, апетиту), особистісні та емоційні відхилення.

Діти, що зазнали будь-якого насильства, мають складності в соціалізації, є соціально дезадаптованими: у них порушені зв'язки з дорослими, у більшості випадків відсутні відповідні навички спілкування з однолітками; вони не мають достатнього рівня знань і ерудиції, щоб завоювати авторитет у школі або інших соціальних групах тощо. Вирішення своїх проблем неповнолітні – жертви насильства, часто знаходять у кримінальному, асоціальному середовищі, що нерідко сполучено з формуванням пристрасті до алкоголю, наркотикам та іншим психоактивним речовинам.

Насилля в родині руйнує фундамент безпеки самої сім'ї, а також і суспільства. Водночас, проблема насильства в сім'ї тісно пов'язана із такими явищами, як бездоглядність та безпритульність дітей; зростання кількості розлучень; формування насильницького менталітету нації; жебракування; втрати загальнолюдських цінностей любові та взаєморозуміння.

3.3.2. Проблеми, пов'язані з взаєминами подружжя або партнерів

Сім'я і шлюб, як малі соціальні групи, об'єднані на основі взаємних інтересів, потреб, бажань, намірів. Взаємодія і взаємини подружжя витікають з необхідності координувати і погоджувати різноманітні матеріальні і духовні потреби: відпочинок, дозвілля, домашня праця і самообслуговування, догляд за дітьми і їх виховання. Багатообразна діяльність подружжя вимагає того або іншого рівня взаєморозуміння між ними, приблизно однакової оцінки ситуацій, що виникають в сім'ї, в побуті, розуміння цілей і завдань сімейної кооперації. Це стосується сексуальних взаємин між шлюбними партнерами, взаємна турбота один про одного, взаємна матеріально-фінансова підтримка і так далі

Сімейне життя вдале, якщо подружжя прийшло до угоди щодо взаємних прав і обов'язків. Кожен з подружжя має своє певне уявлення про те, які права і обов'язки мають бути у «дружини», «чоловіка», що таке «хороший чоловік», що таке «хороша дружина». Завдяки таким сталим ролям сімейна кооперація значно полегшується і стає успішною.

Ні в якій іншій області люди не здійснюють стільки помилок, як у взаєминах з близькими людьми: дружиною, власним дитям, матір'ю, отцем, найближчим іншому. Велика кількість подібних помилок характерна насамперед для молоді, внутрішній світ якої ще недостатньо підготовлений до розуміння людей. Тому потрібна велика підготовча, роз'яснювально-виховна робота, що стосується проблем людських взаємин, оскільки шлюбні стосунки несуть в собі всі недоліки і помилки минулого виховання, погані звички і схильності.

Інколи обізнаність про слабкості і недоліки один одного в якійсь мірі є достатньо небезпечною, якщо нею необережно користуватися, зловживати, намагаючись принизити честь і гідність шлюбного партнера. Мабуть, це сама уразлива ланка в подружніх стосунках, саме на цьому ґрунті виникають взаємна неприязнь, роздратування, відчуження один від одного.

Z63.0 Проблеми взаємовідносин подружжя або партнерів

А.І.Кочетов називає сім основних причин конфліктів в сімейних стосунках, перераховуючи їх відповідно до частоти тієї, що зустрічається:

- порушення етики подружніх стосунків (зрада, ревнощі);
- біологічна несумісність;
- неправильні взаємини подружжя (одного з них) з людьми, що оточують їх, -- родичами, знайомими, товаришами по службі і т. д.;
- несумісність інтересів і потреб;
- різні педагогічні позиції по відношенню до дитяти;
- наявність особистих недоліків або негативних якостей одного, а часом і у обох в подружжі;
- відсутність взаєморозуміння між батьками і дітьми.

Z63.1 Проблеми взаємин з батьками або родичами дружини або чоловіка

Соціалізація і виховання в сім'ї розуміються як стихійне і часто неусвідомлене наслідування або запозичення манер, поглядів, установок батьків. Ззовні поведінка батьків може бути цілком соціально прийнятною, оскільки воно підпорядковується існуючій моралі, правилам і нормам взаємин. Проте зовнішня соціальна форма поведінки подружжя може різко розходитися з дійсними їх якостями і властивостями. Досвід сімейних взаємовідносин стає важливим для людини при побудові своєї сім'ї. За спостереженнями психологів, велика частка щасливих браків є вихідцями з благополучних, щасливих сімей.

Z63.2 Недостатня сімейна підтримка

Z63.3 Відсутність члена сім'ї

Тимчасова відсутність члена сім'ї не порушує її спільності (наприклад, виїзд на навчання, служба в армії). Але внаслідок певних обставин вказаний союз може припинитися. Це означає, що дана сім'я перестає існувати. Відсутність члена сім'ї постала проблемою для України, коли один з батьків надовго виїзджає на заробітки за кордон. Тривала відсутність псує сімейні стосунки, руйнує взаєморозуміння, лишає всіх членів родини адекватної сімейної підтримки, що робить їх уразливими до стресорних впливів з подальшим формуванням соматичної та психічної патології.

В діагностичному тесті «Малюнок родини» відсутність якогось члена сім'ї на малюнку – ознака психологічного дискомфорту чи конфлікту. Наприклад, на малюнку нема батька, який приділяє дитині мало уваги чи буває надто суворий. На запитання «Де ж тато?» дитина відповідає: «На роботі». Або на малюнку нема молодшого братика чи сестрички. Це означає, що дитина не може змиритися з тим, що їй стали приділяти менше уваги. Буває, що дитина зображує неіснуючого члена родини (наприклад, братика чи сестричку). Отже, такі діти недоотримують уваги, вони потребують спілкування і ігор з батьками, а ще краще – з ровесниками.

Z63.4 Зникнення і смерть члена сім'ї

Смерть є незворотним припиненням усіх функцій організму, закінченням розвитку людини. У минулі часи люди більше знали про практичну сторону смерті, оскільки за тим, хто вмирав, здебільшого доглядали вдома рідні. Значна увага приділялася підготовленню тіла до поховання, обрядам, які йому передують. Сучасна цивілізація віддаляє живих від природного процесу вмирання та смерті.

Сприйняття кожною людиною наближення смерті є індивідуальним. З огляду на це пристосування людей до смерті долає такі стадії:

1) **заперечення.** Людина відмовляється визнати можливість своєї смерті, шукає обнадійливих думок і діагнозів;

2) **гнів.** Усвідомлення неминучості смерті і пов'язане з цим руйнування планів викликають у людини стан фрустрації – переживання невдачі. Унаслідок цього її охоплюють образа, гнів, заздрість до інших;

3) **торги.** Сподіваючись продовжити своє життя, людина дає різні обіцянки (кинути вживати алкоголь чи палити, поглибити свою віру в Бога тощо);

4) **депресія.** Свідченням її є втрата інтересу до життя, відчай, безнадія. Неминучість смерті, розлуки з рідними і близькими викликають у людини переживання горя;

5) **прийняття.** Людина вирішує змиритися зі своєю долею та неминучістю смерті, в її душі встановлюється мир, і вона спокійно доживає останні дні.

У розвинутих країнах поширеним є ***заперечення смерті*** як умираючими, так і їхніми близькими. Заперечення– це своєрідний механізм подолання стресу і психологічний захист, застосування якого може заважати активно боротися з життєвими труднощами. Цілком природно, що люди бояться смерті. Однак тих, хто дожив до старості, лякає не смерть сама по собі, а перспектива тривалого, болісного, нестерпного, тяжкого вмирання.

Усвідомлення наближення смерті спонукає літню людину реконструювати в пам'яті минуле, знову подумки пережити радісні хвилини та втрати. Огляд власного минулого наприкінці життя допомагає вирішити внутрішні конфлікти, переосмислити власне

життя, оцінити свої можливості, зрозуміти себе, з'ясувати справжні цінності та значущі здобутки життя.

Смерть є не просто закінченням життя. Вона тісно пов'язана з народженням і життєвим циклом. Наприклад, для китайської культури притаманна традиція, згідно з якою у разі смерті дідуся та бабусі онуки відповідного віку створюють сім'ю та народжують дітей. Існує також традиція називати дітей іменами близьких людей, які пішли із життя. Нове народження означає оновлення та зв'язок між поколіннями.

Додатково ми зауважуємо на проголошенні десяти прав (заповідей щодо прав) людини у фінальній стадії життя, які могли б слугувати індикаторами дотримання прав паліативних хворих)хворих на невиліковну тяжку хворобу). Це:

1. Право на природну, гідну та свідому смерть.

2. Право на смерть у власному домі, а якщо це неможливе, то ніколи не бути в ізоляції та наодинці.

3. Право на ретельно дібрану, детальну інформацію щодо стану свого здоров'я, отримання чесних відповідей на запитання та участь у прийнятті рішень.

4. Право на перемогу над фізичним болем й іншими проблемами.

5. Право на опіку та патронаж з пошаною до людської гідності.

6. Право на відкрите висловлення своїх почуттів, особливо на тему страждання та смерті.

7. Право на вільний контакт з родиною та близькими.

8. Право на психологічну допомогу та духовну підтримку, згідно з релігійними переконаннями.

9. Право не погодитися на проведення інтенсивної терапії, яка подовжуватиме життя.

10. Право на дотримання належної поваги до свого тіла після смерті.

Z63.5 Розпад сім'ї в результаті поділу або розлучення

Розпад сім'ї в результаті поділу або розлучення, як правило, виникає внаслідок її дисфункції. Варто зауважити, що в функціональних родинах поділ (окреме проживання, створення нової ро-

дини) відбувається безконфліктно або виникаючий конфлікт проговорюється до винайдення компромісного його вирішення. Особливо уразливими контингентами при розпаді родини стають неповнолітні діти та літні люди. Вони часто реагують та такі події погіршенням фізичного та психічного стану, психосоматичними захворюваннями та проявами аутоагресії.

Особливості подолання складних ситуацій функціональними та дисфункціональними сім'ями (за Т.В. Гущіною)

Сімейні параметри	Функціональна сім'я	Дисфункційна сім'я
Ідентифікація стресора	чітка, прийняття	нечітка, неприйняття
Локус проблеми	це спільна справа	це справа однієї людини
Підхід до проблеми	розв'язання	звинувачення інших
Терплячість один до одного	висока	низька
Участь і турбота	прямі, явні	непрямі, неявні
Спілкування	відкритість	втеча в себе, закритість
Згуртованість	висока	низька
Сімейні ролі	гнучкі	жорсткі
Використання ресурсів	повне	неповне
Насильство	немає	є
Вживання алкоголю, наркотиків	рідко	часто
Наявність лідера	є або паритет	немає, «параліч рішень»

Z63.6 Залежний член сім'ї, потребує догляду вдома

Багато старих людей в сімейних стосунках прагнуть поєднувати свободу й активність. У багатьох західних країнах вони надають перевагу незалежному життю, вважаючи важливим, щоб діти або близькі родичі мешкали неподалік. Багатьох, хвилює питання догляду за людьми похилого віку. Діти й онуки хочуть, щоб їх бабусі й дідусі спокійно зустріли старість, були оточені турботою і теплотою. Але працююча сім'я не завжди може надати такий догляд і турбо-

ту літній людині. Часом не знаходиться часу у тих, хто навчається, ростить дітей, працює з ранку до глибокого вечора, щоб сидіти поруч з літньою людиною і вислуховувати його (часом уже не завжди адекватні) розмови. Іноді виникає відчуття, що всі зусилля марні, а літні люди відчувають дискомфорт і роздратування, відчуває себе тягарем. А у випадку, коли хвора або літня людина з провалами пам'яті залишилася одна вдома, вона піддає реальної небезпеки і себе, і сусідів по будинку (газ, вода, електрика).

Крім того, досить часто, саме вдома люди з онкологічною патлогією з обмеженим прогнозом життя приречені на страждання від болю через відсутність належного доступу до опійних анальгетиків, потрібного обладнання і професійної допомоги, від безпорадності, самотності (оскільки члени родини змушені працювати, щоб фінансово забезпечити лікування) і страху перед неминучим кінцем.

Z63.7 Інші стресові життєві події

Z64.0 Проблеми з небажаною вагітністю

Якщо вагітність наступила, і вона небажана, то піде її переривання оперативним способом, тобто штучний аборт. Сама вагітність сприймається радше як сукупність змін, що відбуваються в організмі жінки у зв'язку з появою ембріону, тобто сама дитина випадає з фокусу уваги. А наслідки, особливо у підлітків, штучного переривання можуть бути непередбачуваними: це і запальні захворювання, порушення менструальної функції, безпліддя надалі. Наукові дослідження показали, що, якщо у жінки до 16 років перша вагітність закінчилася абортом, то в подальшому високий відсоток невдалих другий вагітностей (мимовільні викидні, передчасні пологи).

Вражає не тільки кількість штучних абортів, а й кількість дітей, що народилися небажаними, або в непридатний для батьків час. Звідси випливають такі наслідки, як практика відмови від дітей, поширення дітей-сиріт при живих батьках. Разом з тим, у юних мам часто народжується морфо-функціонально незрілі діти. Це означає, що до моменту пологів плід ще недостатньо розвинений. Виходжування такої дитини сильно ускладнене неприємними на-

слідками. Але цього можна уникнути при відповідальному і вольовому відношенні до майбутнього материнства.

Існує також «синдром особи, яка вціліла від аборту». Отже, вціліла особа: була піддана силам, які цілком без неї вирішували ЇЇ питання життя чи смерті; вона переживає багато конфліктів, які обтяжують її психіку; надягає маски, щоб отримати зацікавлення і розпрощатися з агресією; свідомо чи підсвідомо часто ставить такі запитання: «Як мені жити, коли мої батьки повбивали моїх братів і сестер?» «Як мені жити, коли вони задумувались над моїм абортуванням?». Причому, особа, яка вціліла, залишається такою на все життя.

Z64.1 Проблеми з багатодітністю

Багатодітність в історичному аспекті заохочувалася соціальними та культурними традиціями, релігійними нормами. Навмисне запобігання народжень застосовувалося тільки при позашлюбних зв'язках. Головним способом регулювання народжуваності було статеве утримання, система заборон пов'язаних з постами, релігійними обітницями і покараннями. Широке поширення набуло безшлюбність.

Перехід до індустріального суспільства з 2-ої половини XIX століття, призвів до зміни в способі життя сім'ї. Багатодітність поступово втратила свою економічну роль, для задоволення психологічної потреби в дітях батькам було достатньо і невеликої кількості дітей. У результаті відбувся масовий перехід до малодітної репродуктивної поведінки у всіх розвинених країнах. Одночасно, це сприяє зростанню розуміння цінності дітей.

Виховання дітей в багатодітній сім'ї має свої плюси і мінуси.

Люди, що мають одну дитину, часто скаржаться, що втомлюються від спілкування з ним, від турбот і т.д. Їм здається, що в багатодітній родині батьки, повинні втомлюватися набагато більше. Але це зовсім не так.

По-перше, старші можуть допомагати батькам: років з 5-6 дитина цілком здатна зайняти молодшого братика або сестричку 2-4 років. Багато дорослих втомлюються не стільки від дорослих турбот, скільки від необхідності грати з дітьми, батькам це нерідко психологічно важко, але в сім'ї, де один малюк, нікуди не подіне-

шся – дитині потрібно з кимось грати. А в багатодітній сім'ї діти «замкнуті» один на одного: старші грають з молодшими, допомагають їм одягатися, робити уроки, гуляють з ними, звільняючи матір від маси турбот.

По-друге, діти люблять наслідувати. Причому психологічно їм набагато легше наслідувати не дорослим, до яких дуже важко дотягнутися, а хлоп'ятам постарше. Тому в багатодітних сім'ях молодші швидше набувають побутових навиків, навиків спілкування, дуже багато що засвоюють будучи схожим, мимохідь. Багатодітна сім'я – це мінісоціум з своїми внутрішніми законами: дитина в ній виявляється і в ролі старшої, і в ролі молодшої, він повинен налагоджувати контакти з кожним членом сім'ї, спілкуватися з дітьми як свого, так і протилежної підлоги, вчитися поступатися і наполягати на своєму, захищати свою думку, проявляти гнучкість. При правильному вихованні діти з багатодітних сімей володіють мобільнішою психікою, стійкіше до стресів і краще адаптуються в будь-якому колективі. А відповідальність і самостійність – наслідок побутових проблем, з якими стикається будь-яка сім'я, де більше двох дітей.

По-третє, виховання у дітей відчуття відповідальності в багатодітних сім'ях відбувається абсолютно природно, через обставини. Інші ж сім'ї стикаються в даному питанні з дуже серйозними труднощами. По-четверте, на дітей з багатодітної сім'ї падає набагато більше навантаження. Але вона – і це дуже важливо – виправдана в їх очах. У сім'ї, де одна дитина, мамі все набагато легше зробити самій, звідси нерідко інфантилізм і невміння дитини себе обслужити. А в багатодітній сім'ї серйозна допомога дітей матері необхідна, і діти включаються в домашні справи, причому для них це все психологічно виправдано і, крім того, сумісні справи об'єднують сім'ю. До того ж навики, які дитина отримує, допомагаючи матері по господарству, стануть в нагоді йому в подальшому житті.

По-п'яте, саме у великій сім'ї є всі необхідні умови для спадкоємності поколінь. У дітей поступово виробляються навики спілкування з братами і сестрами, потім у старших з'являються свої діти, і маленькі дядьки і тітки вчаться спілкуватися з племінниками, різниця у віці з якими може бути не так вже велика. Так діти поступово, під-

німаючись зі сходинки на сходинку, самі дорастають до ролі батьків. Взагалі, діти з багатодітних сімей краще підготовлені до браку. Вони розуміють відмінність чоловічої і жіночої психології, уміють йти на компроміс, дуже відповідальні, хлопчики не цураються «жіночої» роботи по будинку, уміють залицятися за немовлятами. У подібних умовах помилки попереднього покоління батьків враховуються і тому згладжуються. Такого не відбувається в сім'ї з однією дитиною, де батьки не мають можливості враховувати свої помилки.

По-шосте, в багатодітній сім'ї існує ефект маленького колективу. Якщо в сім'ї один – дві дитина, то швидко відбувається емоційне насичення дітей друг іншому, батькам доводиться щось винаходити, гасити сварки і конфлікти – і це при втомі і наявності інших справ. У багатодітній же сім'ї виникає система різновікового дитячого колективу: у ній існує вікова ієрархія, старші керують молодшими. Потрібно тільки стежити, щоб старші не пригноблювали молодших.

Дослідження демографів, психологів і соціологів показали наявність прямого зв'язку між репродуктивними установками батьків і їх дітей. Існує виразна спадкоємність в питанні про реальну кількість дітей: однодітність батьків, як правило, виявлялася в однодітності їх дітей, дводітність породжувала перехідну ситуацію між однодітністю і дводітністю, а серед дітей з багатодітних сімей (троє і більш за дітей) опинилася найбільша кількість тих, хто прагнув до трьохдітності. За даними анкетування школярів різних віків про ідеальне, бажане і очікуване число дітей спостерігається прямий зв'язок: чим більше братів і сестер мають школярі, тим більше у них передбачуване в майбутньому число власних дітей, тобто вони теж прагнуть до багатодітності. В результаті цього опиту була виявлена і ще одна цікава закономірність: чим більше дітей в батьківській сім'ї, тобто ніж більше братів і сестер мають школярі, тим пізніше вони починають замислюватися про кількість своїх майбутніх дітей.

3.3.3. Проблеми, пов'язані з обставинами житлового і економічного характеру

Z59.0 Відсутність житла
Z59.1 Незадовільні умови життя
Z59.2 Конфлікти з сусідами
Z59.4 Відсутність адекватної їжі
Z59.5 Злидні
Z59.6 Низький рівень доходів
Z59.7 Недостатність соціального страхування і підтримки
Z59.8 Інші проблеми щодо економічних і житлових умов

Формалізована структура змісту теми

Особистість та мікросоціальне оточення

Проблеми, пов'язані з несприятливими життєвими подіями в дитинстві. :

Z61.0 Втрата близького родича
Z61.1 Відлучення дитини від домівки
Z61.2 Зміна сімейних відносин в родині
Z61.3 Події, що знижують самооцінку
Z61.4 Згвалтування кимось з близьких
Z61.5 Згвалтування сторонньою людиною
Z61.6 Фізичне насильство
Z61.7 Особистісні потрясіння
Z61.8 Інші несприятливі події

Z62.0 Неадекватність турботи та контролю з боку батьків
Z62.1 Зайва опіка батьків
Z62.2 Виховання в закрытому закладі
Z62.3 Вороже ставлення і несправедливі претензії до дитини
Z62.4 Емоційна занедбаність дітей
Z62.5 Інші проблеми, пов'язані з недоліками у вихованні
Z62.6 Неприйнятний тиск з боку батьків і інші негативні фактори виховання
Z62.8-9 Інші проблеми, пов'язані з вихованням дитини

Проблеми, пов'язані з взаєминами подружжя або партнерів. :

Z63.0 П. взаємовідносин подружжя або партнерів
Z63.1 П. взаємин з батьками або родичами дружини або чоловіка
Z63.2 Недостатня сімейна підтримка
Z63.3 Відсутність члена сім'ї
Z63.4 Зникнення і смерть члена сім'ї
Z63.5 Розпад сім'ї в результаті поділу або розлучення
Z63.6 Залежний член сім'ї, потребує догляду вдома
Z63.7 Інші стресові життєві події

Z64.0 П. з небажаною вагітністю
Z64.1 П. з багатодітністю

Проблеми, пов'язані з обставинами житлового і економічного характеру :

Z59.0 Відсутність житла
Z59.1 Незадовільні умови життя
Z59.2 Конфлікти з сусідами
Z59.4 Відсутність адекватної їжі
Z59.5 Злидні
Z59.6 Низький рівень доходів
Z59.7 Недостатність соціального страхування і підтримки
Z59.8 Інші проблеми щодо економічних і житлових умов

Запитання для самостійної роботи

1. Особистість та мікросоціальне оточення: вплив на психологічне здоров'я
2. Проблеми, пов'язані з несприятливими життєвими подіями в дитинстві.
3. Шкільні, емоційні, поведінкові проблеми.
4. Проблеми у відносинах в батьківській родині
5. Проблеми, пов'язані з взаєминами подружжя або партнерів.
6. Неадекватна сімейна підтримка або її відсутність.
7. Непорозуміння у відносинах з власними дітьми.
8. Неповна родина.
9. Наявність члена родини, що потребує догляду вдома.
10. Смерть члена родини.
11. Незадоволення шлюбом, подружня зрада.
12. Проблеми в інтимних стосунках.
13. Небажана вагітність.
14. Розпад родини у зв'язку з розлученням.
15. Проживання на самоті.

Альтернативно-тестові завдання для самоконтролю

1. Психологічною причиною психоемоційного стресу є негативні емоції, найменша сила яких виникає при:

a- Невизначеності значимої для людини ситуації;
b- Фрустрації;
c- Зменшенні кількості зовнішніх подразників;
d- Надмірній силі та тривалості психотравмуючого фактору;
e- Проблемі вибору.

2. До поведінкових проявів психоемоційного стресу не має відношення:

a- Демонстративне виключення ситуації;
b- Іпохондрія, занижена самооцінка;
c- Цілеспрямовані вольові зусилля ;
d- Підвищена активність у вигляді агресії;
e- Концептуалізація психотравмуючої ситуації.

3. Які психологічні прояви є домінуючими при хронічному стресі у чоловіків:

a- Активація творчої діяльності ;

b- Збільшення психічної активності;

c- Агресія;

d- Страх за своє здоров'я;

e- Розгубленість, неможливість прийняття рішень.

4. Які психологічні прояви є домінуючими при хронічному стресі у жінок:

a- Активація творчої діяльності ;

b- Збільшення психічної активності;

c- Агресія;

d- Страх за своє здоров'я;

e- Розгубленість, неможливість прийняття рішень.

Завдання та проблемні ситуації

1.Особистість та мікросоціальне оточення: вплив на психологічне здоров'я

2.Проблеми, пов'язані з несприятливими життєвими подіями в дитинстві.

3.Шкільні, емоційні, поведінкові проблеми.

4.Проблеми у відносинах в батьківській родині

5.Проблеми, пов'язані з взаєминами подружжя або партнерів.

6.Неадекватна сімейна підтримка або її відсутність.

7.Непорозуміння у відносинах з власними дітьми.

8.Неповна родина.

9.Наявність члена родини, що потребує догляду вдома.

10. Смерть члена родини.

11. Незадоволення шлюбом, подружня зрада.

12. Проблеми в інтимних стосунках.

13. Небажана вагітність.

14. Розпад родини у зв'язку з розлученням.

15. Проживання на самоті.

Література

Основна:

1. Максименко К. С. Переживання негативних психічних станів особистістю : метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / К. С. Максименко. – К. : КММ, 2011. – 184 с.

2. Maksymenko, S.D.(2021) Genetic principles of creative personality confident as a propulsion of mental development. Ottawa: Accent Graphics Communications and Publishing. Glasgow: Society for the support of publishing initiatives and scientific mobility Limited.-615 p.

3. С.Д. Максименко Я.В. Руденко, А.М. Кушнєрьова, В.М. Невмержицький. Психічне здоров'я особистості: посібник для вищих навчальних закладів. Київ: "Видавництво Людмила", 2021. 438 с.

4. Максименко С.Д., Ялянська С.П. Генетико-креативний підхід: діяльнісне опосередкування особистісного розвитку: монографія. Київ: "Видавництво Людмила", 2021.508 с.

5. Максименко С.Д., Костюк О.В., Максименко К.С., Немеш О.М., Луньов В.Є.Мультилінгвістичний дискурс невротизації майбутніх лікарів: монографія. Київ: "Видавництво Людмила", 2020. 171 с.

6. Максименко С.Д., Піроженко Т.О., Пророк Н.В., Папуча М.В. Психологічний портрет особистості дитини:вікові періоди Київ: "Видавництво Людмила", 2021. 104 с.

7. Максименко С. Д., Максименко К. С., Папуча М. В. Психологія особистості: підручник. Київ: ТОВ «КММ», 2007. 296 с.

8. Maksimenko S.D. Kokun O.M. Features of the components of students' psychophysiological readiness to work as teachers, Idōkan Poland Association "IDO MOVEMENT FOR CULTURE. Journal of Martial Arts Anthropology", Vol. 21, no. 2 (2021), pp. 11–18

9. Maksimenko S.D. Kokun O.M. Principles of website design for professional psychological diagnosis in different specialities. Information Technologies and Learning Tools / Institute of Information Technologies and Learning Tools of NAES of Ukraine. – 2019. – Vol. 73., № 5. – P. 284-294.

10. Maksimenko S.D.,Serdiuk L. Psychological Potential of personal self-realization.Social Welfare.Interdisciplinary Approach,6(1),93-100

11. Sergiy D. Maksymenko,Mykola B.Yevtukh,Yaroslav V.Tskekhmister, Kseniia S.Maksymenko, Olena O.Lazurenko.Psychology and Pedagogics:Text-book.- K.:Publishing house 'Slovo',2012.-520 p.

12. Максименко С.Д., Максименко К.С.. Папуча М.В. Психологія особистості: Підручник. – К.: ТОВ «КММ», 2007. – 296с.

13. МКХ-10

14. Охорона психічного здоров'я у світі: Проблеми та пріоритети в країнах, що розвиваються / Р. Дежарлє, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман: Пер.з англ. – К.: Сфера, 2001. – 575 с.

15. Сучасні технології надання соціально-психологічної допомоги населенню, що постраждало внаслідок Чорнобильської катастрофи: Метод. посіб. – К.: Чорнобилькінтерінформ, 2000.

Додаткова:

1. Грушко В.С. Основи здорового способу життя: Навчальний посібник з курсу «Валеологія». – Тернопіль: СМП «Астон», 1999. – 368 с.

2. Загальна психологія. / За загальною редакцією академіка С.Д.Максименка. Підручник. – 2-ге вид., переробл. і доп. – Вінниця: Нова Книга, 2004. – 704 с.

3. Максименко С.Д. Генетическая психология (методологическая рефлексия проблем равития в психологии). – М. : «Рефл-Бук», К.: «Ваклер», 2000. – 320 с.

4. Максименко С.Д. Основи генетичної психології. – К., 1998. – 218с.

5. Общая психология / Под ред. С. Д. Максименко. – М.: Рефлбук; К.: Ваклер, 1999.

6. Рудоміно-Дусятська О. В. Екологічна психологія: Навч. посіб. – К.: Ін-т післядипломної освіти КНУ ім. Тараса Шевченка, 2001. – 71 с.

7. Шапар В.Б. Психологічний тлумачний словник. – Х.: Прапор, 2004. – 640 с.

3.4 Вплив мезо- та макросоціального оточення на психологічне здоров'я

КЛЮЧОВІ ПОНЯТТЯ ТЕМИ: проблеми, пов'язані з навчанням і письменністю; проблеми, пов'язані з роботою і безробіттям; проблеми, пов'язані з адаптацією до зміни образу життя та іншими психосоціальними обставинами.

3.4.1 Проблеми, пов'язані з навчанням і письменністю

Проблеми, пов'язані з навчанням

Найбільша проблема традиційних методів навчання пов'язана з тим, що ці методи ефективні тільки в тому випадку, якщо всі в класі можуть навчатися з однаковою швидкістю, і ця швидкість, природно, задається викладачем. Усім нам відомо, що створити таку ситуацію просто не можливо. Тому, коли викладач проводить заняття з групою студентів, багато студентів відчувають розчарування і засмучуються, оскільки їх не влаштовує швидкість викладу. Більш швидким студентам стає нудно, а повільніші студенти – не встигають. З точки зору менеджменту вкладення коштів у таке навчання є найгіршою інвестицією. Найбільш здібні й швидкі співробітники, які можуть засвоїти більше даних, ніж той обсяг, який їм надає викладач, втрачають інтерес і не використовують свій потенціал. У той час як більш повільні студенти/співробітники, яким дійсно потрібно навчання для поліпшення здібностей, не будуть встигати за викладачем і випробують лише розчарування. Приклад ще одного застарілого методу – це: «ходи за мною по п'ятах, дивися і роби те, що роблю я». Чи є якесь інше рішення? Є. Рішення – це навчання зі зручною для людини швидкістю. При використанні цього методу кожна людина дійсно має можливість навчатися зі зручною для нього швидкістю і таким чином домогтися максимального засвоєння досліджуваного матеріалу. Даний метод навчання був розроблений американським вченим і дослідником Л. Роном Хаббардом в 60-і роки. Результати, отримані ним у ході досліджень, були опубліковані у вигляді серії лекцій. Дональд Кілпатрік у своїй книзі «Чотири рівня навчання» так пише про цю систему: «Головним елементом даної системи є так

званий контрольний лист. Він фактично є» дорого в казну карту «з точною послідовністю кроків, слідуючи якій навчається може вивчати теоретичні матеріали, знайомитися з різними процедурами, виконувати практичні завдання і тренування, які дозволять йому освоїти обладнання чи комп'ютерні програми. Навчання по контрольному листу забезпечує виконання студентами вправ до тих пір, поки він дійсно не опанує потрібними навичками».

Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду (МКБ-10)

Клас 21. Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звернення в заклади охорони здоров'я (Z00-Z99)

Примітка: Даний клас не слід використовувати для проведення

Порівнянь на міжнародному рівні або для первинного кодуванняпричин смерті.

Рубрики Z00-Z99 призначені для тих випадків, коли «діагноз» або «проблема» вказані не як хвороба.

Z55-Z65 Потенційна небезпека для здоров'я, пов'язана з соціально-економічними та психосоціальними обставинами

Z55 Проблеми, пов'язані з навчанням і грамотністю

Z55.0 Неграмотність або низький рівень грамотності

Z55.1 Відсутність здатності до навчання

Z55.2 Провал на іспитах

Z55.3 Відставання в навчанні

Z55.4 Погана адаптація до навчального процесу, конфлікти з вчителями і однокласниками

Z55.8 Інші проблеми, пов'язані з освітою і грамотністю

Z55.9 Проблема, пов'язана з навчанням і грамотністю, неуточнена

3.4.2 Проблеми, пов'язані з роботою і безробіттям

Z56 Проблеми, пов'язані з роботою і безробіттям

Z56.0 Відсутність роботи неуточнене

Z56.1 Зміна роботи
Z56.2 Загроза втратити роботу
Z56.3 Напружений робочий розклад
Z56.4 Конфлікт з начальником і товаришами по службі
Z56.5 Невідповідна робота
Z56.6 Інше фізичне і психічне напруження в роботі
Z56.7 Інші і неуточнені проблеми, пов'язані з роботою

Велика частка емоційних розладів припадає на безробітних, які були звільнені у зв'язку зі скороченням штатів або ліквідацією підприємства. Такі безробітні відчувають почуття власної непотрібності, страху, що інші будуть вважати їх утриманцями, побоюються виглядати невдахами. Ці негативні почуття посилюються, якщо безробітний тривалий час не працевлаштовується, і ось тут з'являється зв'язок між безробіттям і погіршенням відносин у родині, конфліктами, іноді розлученнями. Таким чином, безробіття породжує серйозні і соціальні проблеми.

Так, безробіття є сильним стресовим фактором для будь-якої людини і розвивається у кожного по-різному. Спочатку виникає стан невизначеності і шоку. Потім йдуть полегшення і конструктивне пристосування до ситуації, в якій опинилася людина. Це триває 3-4 місяці після втрати роботи. Багато хто навіть відчувають полегшення і радість через наявність вільного часу. З'являється задоволеність життям, навіть поліпшується стан здоров'я, багато уваги приділяється собі, сім'ї. Розпочинаються активні пошуки роботи.

Наступний – третій етап: знову погіршення стану, яке настає через 6 місяців після втрати роботи. Ось тут виникають зміни психіки, здоров'я, соціального становища. Навіть руйнуються життєві звички, інтереси, цілі. І четвертий етап – безпорадність і якийсь примирення з ситуацією, в якій опинилася людина. Це вже важкий психологічний стан. Стан апатії зростає з кожним місяцем. Людина припиняє спроби змінити своє становище, звикає до стану бездіяльності. Іноді люди навіть бояться шукати для себе роботу, тому що дуже часто зазнавали невдачі в пошуку роботи. А як поводяться безробітні в пошуку працевлаштування на ринку праці міста. Підходи тут різні. Безробітні діляться на дві групи: ак-

тивні і пасивні. Активні ті, які хочуть знайти роботу, і вони активно шукають її самостійно, не сподіваючись тільки на ЦЗН. Вивчають ринок праці, відвідують роботодавців, стежать за печаткою, де час від часу пропонуються вільні робочі місця, і якщо бачать, що працевлаштування їх не проглядається в перспективі, то легко переорієнтуються на іншу професію, яка користується попитом на ринку праці. І знову активні в пошуку працевлаштування.

Інша група людей, реєструючись в ЦЗН, як правило, точно знає, які вигоди можна отримати, маючи статус безробітного (допомога, трудовий стаж, наявність вільного часу). Деякі навіть вільний час використовують для додаткового заробітку. Вони добре знають свої права і обов'язки безробітного, добре знають вимоги, які їм пред'являються ЦЗН, вміло використовують його порядки в своїх інтересах, вчасно ходять на перереєстрацію, зустрічаються з роботодавцями і при цьому можуть стояти на обліку невизначено довго.

Мотиви виконання вимог ЦЗН різні. Перша група – щоб швидше знайти роботу. Друга група – щоб не зняли з обліку за порушення умов перереєстрації. Друга група пасивна в пошуку роботи. І не тому, що робота їм не потрібна, вони вважають, що в безробіттю винна держава (або ще хтось інший), а тому має подбати про них через ЦЗН. У пошуку роботи вони покладаються більше на родичів, друзів чи сподіваються на випадок, вдалий збіг обставин, ніж на свої здібності, особисту активність. У цій групі багато осіб з утриманських ставленням до ЦЗН. У деяких безробітних можна спостерігати певний психологічний бар'єр у виборі нової професії, особливо у людей з вищою освітою при навчанні робітничим професіям, які сьогодні користуються попитом на ринку праці міста, або професіями, пов'язаними з комерцією. Продовжуючи пошуки роботи, не треба відмовлятися від можливості придбати нову професію.

3.4.3 Проблеми, пов'язані з адаптацією до зміни образу життя та іншими психосоціальними обставинами

Z60 Проблеми, пов'язані з адаптацією до зміни способу життя
Z60.0 Проблеми, пов'язані з адаптацією до зміни способу життя

Z60.1 Нетипова ситуація з батьками

Z60.2 Проживання в самоті

Z60.3 Труднощі, пов'язані з прийняттям іншої культури

Z60.4 Соціальна ізоляція і остракізм

Z60.5 Жертва відчутною дискримінації або гоніння

Z60.8 Інші проблеми, пов'язані з соціальним оточенням

Z60.9 Проблема, пов'язана з факторами соціального оточення, неуточнена

Z64 Проблеми, пов'язані з певними психосоціальними обставинами

Z64.0 Проблеми, пов'язані з небажаною вагітністю

Z64.1 Проблеми, пов'язані з багатодітністю

Z64.2 Пошук і використання фізичних, харчових і хімічних речовин, відомих як шкідливі і небезпечні

Z64.3 Пошук і прийняття дій поведінкового і психологічного характеру, відомих як шкідливі і небезпечні

Z64.4 Конфлікт з радниками

Z65 Проблеми, пов'язані з іншими обставинами психосоціальними

Z65.0 Звинувачення в цивільному або кримінальному злочині без ув'язнення

Z65.1 Тюремне ув'язнення та інше вимушене позбавлення волі

Z65.2 Проблеми, пов'язані із звільненням з в'язниці

Z65.3 Проблеми, пов'язані з іншими юридичними обставинами

Z65.4 Жертва злочину і тероризму

Z65.5 Жертва стихійного лиха, військових та інших ворожих дій

Z65.8 Інші уточнені проблеми, пов'язані з обставинами психологічного характеру

Z65.9 Проблема, пов'язана з неуточненими обставинами психологічного характеру

Адаптація – це динамічний процес, завдяки якому рухливі системи живих організмів, незважаючи на мінливість умов, підтри-

мують стійкість, необхідну для існування, розвитку і продовження роду. Саме механізм адаптації, вироблений у результаті тривалої еволюції, забезпечує можливість існування організму в постійно мінливих умовах середовища.

Завдяки процесу адаптації досягається збереження гомеостазу при взаємодії організму з зовнішнім світом. У цьому зв'язку процеси адаптації містять у собі не тільки оптимізацію функціонування організму, але і підтримку збалансованості в системі «організм-середовище». Процес адаптації реалізується кожного разу, коли в системі «організм-середовище» виникають значимі зміни, і забезпечує формування нового гомеостатичного стану, що дозволяє досягати максимальної ефективності фізіологічних функцій і поведінкових реакцій. Оскільки організм і середовище перебувають не в статичному, а в динамічній рівновазі, їх співвідношення міняються постійно, а отже, також постійно повинен здійснюється процес адаптації. Вищенаведене відноситься в рівній мірі і до тварин, і до людини. Однак істотною відмінністю людини є те, що вирішальну роль у процесі підтримки адекватних відносин у системі «індивідуум-середовище», в ході якого можуть змінюватися всі параметри системи, відіграє психічна адаптація.

Психічну адаптацію розглядають як результат діяльності цілісної самокерованої системи (на рівні «оперативного спокою»), підкреслюючи при цьому її системну організацію. Але при такому розгляді картина залишається неповною. Необхідно включити у формулювання поняття потреби. Максимально можливе задоволення актуальних потреб є, таким чином, важливим критерієм ефективності адаптаційного процесу. Отже, психічну адаптацію можна визначити як процес встановлення оптимальної відповідності особистості і навколишнього середовища в ході здійснення властивої людині діяльності, який (процес) дозволяє індивідууму задовольняти актуальні потреби і реалізовувати пов'язані з ними значимі цілі, забезпечуючи в той же час відповідність максимальної діяльності людини, її поведінки, вимогам середовища.

Психічна адаптація є суцільним процесом, який, поряд із власне психічною адаптацією (тобто підтримкою психічного гомеостазу), містить у собі ще два аспекти:

а) оптимізацію постійного впливу індивідуума з оточенням;

б) встановлення адекватної відповідності між психічними і фізіологічними характеристиками.

В літературі соціально-психологічна адаптація визначається як процес активного пристосування індивіда до нового середовища за допомогою різних соціальних засобів. Соціально-психологічна адаптація являє собою елемент діяльності, функцією якого є освоєння відносно стабільних умов середовища, рішення повторних, типових проблем шляхом використання прийнятих способів соціальної поведінки, дій. Основним способом соціально-психологічної адаптації є прийняття норм і цінностей нового соціального середовища (групи, колективу, організації, територіальної спільності, в які приходить індивід), що склалися у формі взаємодії (формальних і неформальних зв'язків, стилю керівництва, сімейних та сусідських відносин і т. д.), а також форм предметної діяльності (наприклад, способів професійного виконання робіт або сімейних обов'язків). Соціально-психологічна адаптація також, як і психічна, має дві форми: активну, коли індивід прагне впливати на середовище з тим, щоб змінити її (у тому числі ті норми, цінності, форми взаємодії і діяльності, які він повинен опанувати), і пасивну, коли він не прагне до такого впливу і зміни. Показники успішної соціально-психологічної адаптації – високий соціальний статус індивіда в даному середовищі, а також його психологічна задоволеність цим середовищем у цілому і її найбільш важливими для нього елементами. Показниками низької соціально-психологічної адаптації є переміщення індивіда в іншу соціальну середу, поведінка, що відхиляється. Успішність адаптації залежить від характеристик середовища і індивіда. Чим складніше нове середовище (наприклад, більше соціальних зв'язків, складніше спільна діяльність, вище соціальна неоднорідність), чим більше відбувається в ній змін, тим важче для індивіда соціально-психологічна адаптація. Прикладом складної для соціально-психологічної адаптації ситуації може служити соціальне середовище міста в умовах швидкої урбанізації. Найбільш значимі для соціально-психологічної адаптації соціально-демографічні характеристики індивіда – це освіта і вік. В умовах сучасного соціаль-

но-економічного розвитку нашого суспільства проблема адаптації набуває особливої актуальності. Дослідження даної проблеми направлені на виявлення чинників, що сприяють формуванню найбільш ефективної форми адаптації, на вивчення тих елементів соціальної ситуації, які мають істотний вплив на ефективність адаптації людини.

А.В. Петровський визначає адаптацію як одну зі стадій розвитку особистості в процесі соціалізації. На стадії адаптації, яка зазвичай збігається з періодом дитинства, людина виступає як об'єкт суспільних відносин, на якого спрямовано величезну кількість зусиль батьків, вихователів, вчителів та інших людей, що оточують дитину і знаходяться в тій чи іншій мірі близькості до нього. На цій стадії відбувається входження у світ людей: оволодіння деякими знаковими системами, створеними людством, елементарними нормами і правилами поведінки, соціальними ролями; засвоєння простих форм діяльності. Людина, власне, навчається бути особистістю. Дитина, що не пройшла стадію адаптації і не засвоїла основ соціального життя, не може бути навчена цьому згодом. Стадія адаптації в процесі соціалізації є дуже важливою, оскільки сензитивні періоди дитинства не оборотні.

Від успішності адаптації залежить зміст і успішність проходження наступних етапів соціалізації: інтеграції та індивідуалізації. Результати адаптації, інтеграції та індивідуалізації складають «найбільш важливі соціально-психологічні процеси, від яких багато в чому залежить суб'єктивне благополуччя особистості». Суб'єктивне благополуччя можна віднести до внутрішніх критеріїв адаптованості індивіда в соціумі.

Адаптаційна проблематика має не тільки велике методологотеоретичне значення, але й займає важливу проблемну область з точки зору вирішення прикладних завдань психології.

Адаптація людини до умов організованою трудової діяльності стала активно вивчатися поряд з іншими проблемами прикладної психології в 70-і роки минулого століття у зв'язку із зростанням ролі психологічного знання в різних областях соціальної дійсності. Незважаючи на неточність використовуваного понятійного апарату, розрізненість і деяку політизованість, ці дослідження

внесли великий внесок у розробку прикладних аспектів проблеми адаптації, що проходить в умовах трудової діяльності.

Окремі питання адаптації людини на виробництві позначалися дослідниками і раніше. Так, залежність продуктивності праці людини, його стомлюваності від особливостей протікання адаптації була відзначена психологами праці ще в 1923 р. Але тоді ці питання не стали предметом спеціальних досліджень, оскільки даний аспект трудової діяльності мало цікавив психотехніки. Найбільшу актуальність ця проблема набула з активізацією розробки проблем колективу.

А.Л. Свєнціцький і Л.Г. Почебут ввели поняття виробничої адаптації як адаптації до спеціально організованим умов діяльності. При цьому під адаптацією розуміється як відповідний процес, так і його кінцевий результат, виражений у стані адаптованості людини до нових факторів середовища. Пізніше, в 90-і роки в педагогічній психології стало застосовуватися поняття «шкільна адаптація», що позначає відповідний процес та його результат у процесі здійснення навчальної діяльності в школі.

К.К Платонов і Г.Г. Голубєв відзначають, що перший – ознайомлювальний – етап виробничої адаптації «починається з прийняття рішення отримати певну кваліфікацію за обраною професією і триває протягом первісної теоретичної підготовки до виробничого навчання, під час ознайомлення з навчальними майстернями, з училищем і базовим підприємством».

Розглядаючи етапи включення працівника у виробництво, дослідники виділяють адаптацію первинну і вторинну. Первинна адаптація охоплює період первинного включення особистості (тобто вперше в її житті) у діяльність виробничого колективу, а вторинна – всі наступні зміни роботи або професії, викликані не тільки переходом людини на нове місце роботи, в інший колектив, але також технічними, технологічними та організаційними нововведеннями в даному колективі. Поняття первинної та вторинної адаптації можна застосовувати при вивченні процесів включення особистості в будь-який колектив, наприклад, класу і школи, і в умовах початку будь-якої діяльності, у тому числі і навчальної. У цьому випадку первинна адаптація учнів проходить на

початку навчальної діяльності у 1 класі та в період початку навчання при переході з однієї школи в іншу. Вторинна адаптація в школі пов'язана з усіма подальшими змінами (перехід в інший клас, зміна вчителя, зміна вимог до учнів з боку адміністрації, вчителів, батьків і т.д.).

Виробнича адаптація, так само як і шкільна, має дві сторони: 1) придбання професійних (навчальних) знань і умінь, оволодіння відповідними трудовими (навчальними) операціями і пристосування до умов праці (навчання) (професійний (навчальна) адаптація); 2) включення в даний виробничий колектив як повноправного члена його на основі інтерналізації як офіційних, так і неофіційних соціальних ролей (соціальна адаптація).

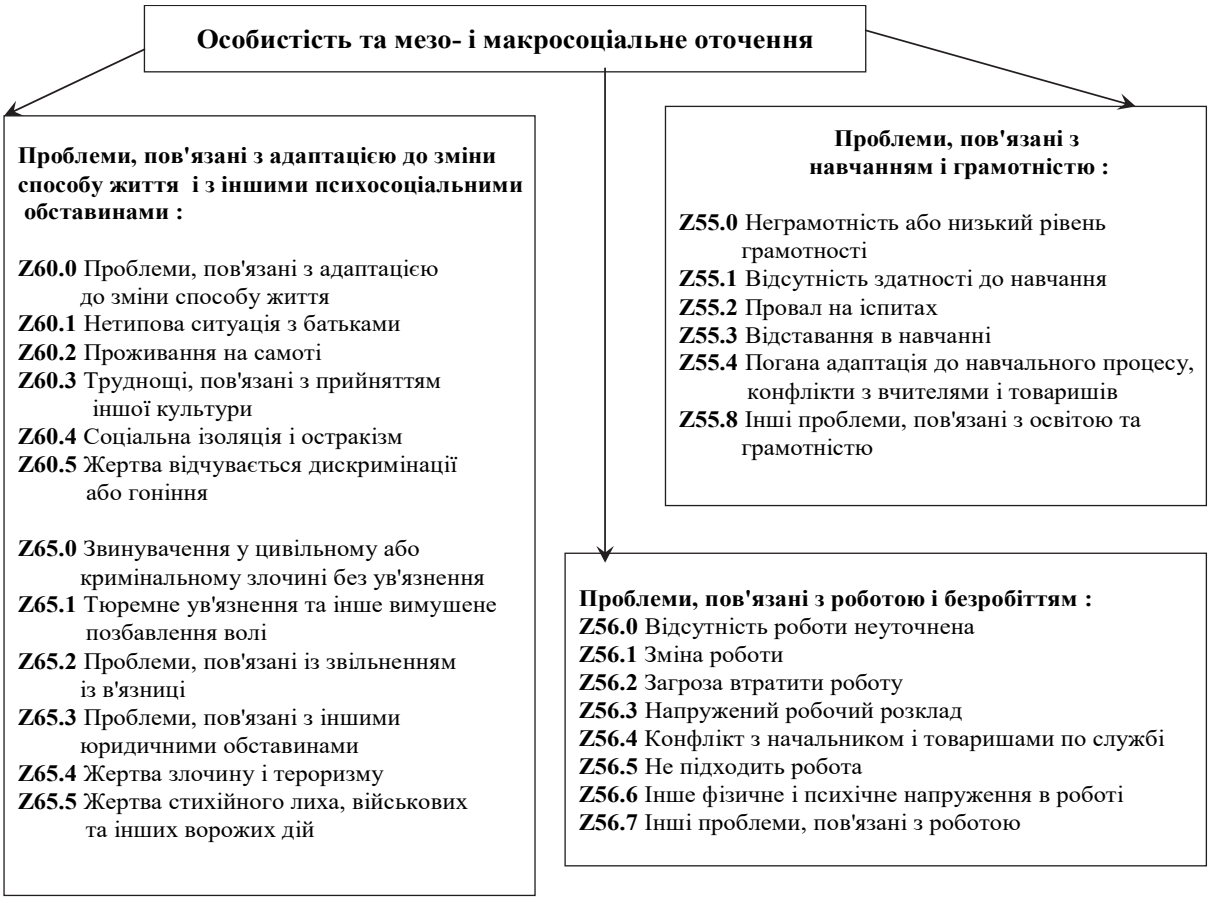
Незважаючи на відмінність сторін адаптації (професійну (навчальну) і соціальну), психологи відзначають їх тісний взаємозв'язок: засвоєння знань і придбання відповідних навичок обумовлені особливостями процесу входження новачка в соціальне середовище підприємства чи навчального закладу. За даними М. П. Будякіной і А. А. Русаліновой, успішність оволодіння спеціальними знаннями впливає на соціальну позицію новачка в колективі, на його ставлення до цього колективу. І навпаки, повнота включення молодої людини в соціальне життя колективу обумовлена його діяльністю на професійному або навчальному терені. Враховуючи взаємозв'язок професійної (навчальної) та соціальний сторін адаптації особистості в організованих умовах діяльності, багато дослідників того часу у своїх емпіричних роботах розглядають адаптацію в цілому, а не окремі її боку порізно.

В цей же час вивчалося і вплив факторів середовища підприємства на процес виробничої адаптації. Так, в деяких дослідженнях докладно розглядаються зв'язку в системі «людина – предметна виробнича середовище», виділяється ряд факторів цього середовища, що роблять найбільший вплив на ефективність процесу адаптації молоді.Очевидно, що предметне середовище освітнього закладу також впливає на процес шкільної адаптації. У зв'язку з цим шкільна адаптація розглядається як адаптація до фізичних і просторово-тимчасовим умов здійснення навчальної дія-

льності, як адаптація до школи – освітній установі зі сформованою предметної середовищем.

Таким чином, у дослідженнях адаптації до організованих умов діяльності виділяються два напрямки. Це – вивчення спеціальної (професійної, навчальної) та соціальної складових процесу адаптації новачка в умовах початку роботи на підприємстві або навчання в школі або зміни умов роботи і навчання. Виділення даних складових і визначення взаємозв'язку оволодіння провідною діяльністю з особливостями соціально-психологічної адаптації до колективу дають підстави вважати адаптацію до організованих умов здійснення будь-якої діяльності (навчальної чи трудової) складним системно-структурним явищем, вивчення якого найбільш ефективно в рамках комплексного підходу.

Формалізована структура змісту теми



Запитання для самостійної роботи

1. Вплив екології на психологічне здоров'я.

2. Проблеми, пов'язані з фізичними чинниками довкілля
3. Дія виробничих чинників ризику
4. Природні та техногенні катастрофи і психологічне здоров'я
5. Вплив вібрації.
6. Вібраційна хвороба.
7. Вплив звуку.
8. Вплив струму високої і надвисокої частоти.
9. Вплив електромагнітних полів побутової частоти.
10. Вплив іонізуючого випромінювання
11. Проблеми, пов'язані з обставинами житлового і економічного характеру.
12. Нездатність пристосуватися до середовища.
13. Вплив мезо- та макросоціального оточення на психологічне здоров'я
14. Проблеми, пов'язані з роботою і безробіттям.
15. Проблеми соціальної компетентності на роботі, безробіття.
16. Проблеми, пов'язані з адаптацією до зміни образу життя та іншими психосоціальними обставинами.
17. Труднощі в засвоєння нових норм і правил.

Альтернативно-тестові завдання для самоконтролю

1. До бажаних для використання продуктів в умовах впливу малих доз радіації мають відношення:

a- гриби;
b- спиртні напої ;
c- жирні сорти м'яса;
d- морська риба;
e- прісновода риба.

2. В умовах впливу малих доз радіації необхідно використовувати природні сорбенти:

a- ламінарія, насіння льону;
b- цибуля, томати;
c- гірки, малина.

3. До некеруємих екзогенних факторів ризику має відношення:

a- кліматогеографічні фактори;

b- режим праці та відпочинку;
c- особливості харчування;
d- шкідливі звички.

4. До некеруємих ендогенних факторів ризику має відношення:
a- стать та вік
b- артеріальна гіпертензія;
c- психоемоційна нестійкість;
d- порушення обміну ліпідів;
e- дисгормональні зрушення.

5. Тривалий вплив сонячної радіації, вітри, пил не є екзогенними факторами ризику захворювань:
a- злоякісні пухлини шкіри;
b- злоякісні пухлини нижньої губи;
c- злоякісні пухлини органів дихання;
d- ревматизм.

6. Забруднення ґрунту, водойм, продуктів харчування хімічними речовинами не є фактором ризику захворювань:
a- злоякісні новоутворення;
b- хвороби жіночих статевих органів;
c- хвороби сечостатевої сфери у чоловіків;
d- захворювання ендокринної системи;
e- ревматизм.

7. Фізичні фактори виробництва (шум, вібрація, надвисокі частоти та ін.) не є факторами ризику захворювань:
a- хвороби системи кровообігу;
b- вібраційної хвороби;
c- хвороб ендокринної системи;
d- вірусного гепатиту.

8. Постійне виробниче напруження сенсорних систем є фактором ризику захворювань:
a- жіночої статевої сфери;
b- системи кровообігу;

c- травного тракту;

d- злоякісних новоутворень.

9.Вимушене положення тіла у виробничому процесі є фактором ризику захворювань:

a- системи кровообігу та периферичної нервової системи;

b- центральної нервової системи;

c- травного тракту;

d- сечостатевої системи.

10. Виробничий травматизм частіше зустрічається серед:

a- Чоловіків

b- Жінок

11. Охорона праці застосовується з метою

a- запобігання травматизму працюючих

b- зменшення тимчасової і стійкої непрацездатності

c- забезпечення здорових і безпечних умов праці

d- зменшення кількості професійних захворювань

e- підвищення продуктивності праці

Завдання та проблемні ситуації

1.Проблеми, пов'язані з навчанням і письменністю.

2.Проблеми, пов'язані з роботою і безробіттям.

3.Проблеми, пов'язані з адаптацією до зміни образу життя та іншими психосоциальними обставинами.

Література

Основна:

1. Богучарова О.І. Здоров'я особистості у психологічній перспективі. Монографія. – К.: Київський національний університет імені Тараса Шевченка, інститут післядипломної освіти. 2004 – 283с.

2. Закон України «Про психіатричну допомогу». – К.: Сфера, 2000. – 50 с.

3. Закони України про охорону здоров'я: Збірник нормативно-правових актів. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 464 с.

4. Коцур Н.І., Гармаш Л.С. Психогігієна. – Чернівці, Переяслав-Хмельницький: Книги – ХХІ, 2006. – 380с.

5. Maksymenko, O. Lysenko Modern methods of diagnosing virtual addiction among adolescents: relevance and prospects. Монографія/ за ред. Аніти янковської, Riga, Latviaa,: IZDEVNICIBA BALTIJA PUBLISHING, 2019.С.-394-410

6. Максименко С.Д., Орап М. Psycholinguistic Predictors of Health (Психологічні предикатори здоров'я) // Psycholinguistics. –2018. – №24(1) –Р. 252-268.

7. Maksymenko, S.D.(2021) Genetic principles of creative personality confident as a propulsion of mental development. Ottawa: Accent Graphics Communications and Publishing. Glasgow: Society for the support of publishing initiatives and scientific mobility Limited.-615 p.

8. Максименко С.Д., Деркач Л.М., Розуміння сучасної когнітивної війни в глобальному вимірі, її генезис в українському контексті: огляд та напрямки майбутніх досліджень // Оборона і стратегія. університет оборони БРНО. Випуск: Том 23, №1 (червень 2023)

9. Максименко С., Яланська С., Атаманчук Н., та інш. Psychophysiological unloading with compliance taking into accounr: aeroapiphythotherapy resource. Acta Balneologica. – 2023. – № LXV (2),P.98-104

10. Максименко С.Д., Ірхін Ю.Б., Деркач Л.М., Марусинець М.М., Касинець М.М. Психологічна організація модульного формування когнітивних здібностей: генетико-креативний підхід. Психологічна організація модульного формування когнітивних здібностей: генетико-креативний підхід: навчальний посібник. Том 2. Київ: «Видавництво Людмила», 2023. 356 с.

11. Максименко С.Д., Ірхін Ю.Б., Деркач Л.М., Марусинець М.М., Касинець М.М. Психологічна організація модульного формування когнітивних здібностей: генетико-креативний підхід. Психологічна організація модульного формування когнітивних здібностей: генетико-креативний підхід: навчальний посібник. Том 1. Київ: «Видавництво Людмила», 2023. 384 с.

12. Максименко К. С. Переживання негативних психічних станів особистістю : метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / К. С. Максименко. – К. : КММ, 2011. – 184 с.

13. Максименко С.Д., Максименко К.С.. Папуча М.В. Психологія особистості: Підручник. – К.: ТОВ «КММ», 2007. – 296с.

14. Охорона психічного здоров'я у світі: Проблеми та пріоритети в країнах, що розвиваються / Р. Дежарлє, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман: Пер.з англ. – К.: Сфера, 2001. – 575 с.

15. Охорона психічного здоров'я у світі: Проблеми та пріоритети в країнах, що розвиваються / Р. Держалє, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман: Пер. з англ. – К.: Сфера, 2001. – 575 с. – Рос. мовою.

16. Сучасні технології надання соціально-психологічної допомоги населенню, що постраждало внаслідок Чорнобильської катастрофи: Метод. посіб. – К.: Чорнобилькінтерінформ, 2000.

Додаткова:

1.Бабин І. І., Царенко А. В., Черняк В. М., Яцук Г. Ф. Пізнай себе: Матеріали до курсу «Валеологія». – Тернопіль: ТДПІУО, ТОШО, 2002. – 232 с.

2.Грушко В.С. Основи здорового способу життя: Навчальний посібник з курсу «Валеологія». – Тернопіль: СМП «Астон», 1999. – 368 с.

3.Загальна психологія. / За загальною редакцією академіка С.Д.Максименка. Підручник. – 2-ге вид., переробл. і доп. – Вінниця: Нова Книга, 2004. – 704 с.

4. Максименко С.Д. Генетическая психология (методологическая рефлексия проблем равития в психологии). – М. : «Рефл-Бук», К.: «Ваклер», 2000. – 320 с.

5. Максименко С.Д. Основи генетичної психології. – К., 1998. – 218с.

6. Общая психология / Под ред. С. Д. Максименко. – М.: Рефл-бук; К.: Ваклер, 1999.

7. Рудоміно-Дусятська О. В. Екологічна психологія: Навч. посіб. – К.: Ін-т післядипломної освіти КНУ ім. Тараса Шевченка, 2001. – 71 с.

8. Шапар В.Б. Психологічний тлумачний словник. – Х.: Прапор, 2004. – 640 с.

Тема 4

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ОСНОВИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

4.1. Концепція психічного здоров'я

КЛЮЧОВІ ПОНЯТТЯ ТЕМИ: концепція охорони здоров'я ВООЗ; людина як об'єкт психічного здоров'я; загальнобіологічна природа хвороби; біопсихосоціальна парадигма формування та перебігу психічних розладів.

4.1.1 Концепція охорони здоров'я ВООЗ.

Декілька десятиліть знадобилося міжнародним експертам, щоб дати визначення поняттю «здоров'я».

Уперше на глобальному рівні про важливість активної участі кожної людини в охороні здоров'я було заявлено у межах стратегічної концепції здоров'я для всіх, визначеної під час Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я 1977 р. і проголошеної в Алма-Атинській декларації, прийнятій на Міжнародній конференції з первинної медико-санітарної допомоги 1978 р. Цей документ став першим кроком на шляху до формування нової політики охорони здоров'я на глобальному, регіональному та національному рівнях держав-членів ВООЗ, підкресливши, що охорона здоров'я кожної людини є стрижнем стратегії досягнення здоров'я для всіх і що вона залежить від рівня санітарної освіти та інформованості людини з питань охорони здоров'я. Відтоді пропаганда здорового способу життя, мобілізація громадської думки та засобів масової інформації, а також заохочення освіти з питань здоров'я та заходів щодо охорони здоров'я стали одним з головних завдань політики ВООЗ.

На початкових етапах реалізації політики здоров'я для всіх інколи помилково вважалося, що за наявності відповідної інформації люди автоматично віддаватимуть перевагу ''здоровому вибору''. Однак, не принижуючи значення глибоких знань, інформації та санітарної освіти, реальні дані засвідчили те, що рішення, пов'язані із сприятливою для здоров'я поведінкою (наприклад, здорове харчування, достатня фізична активність і турбота про сексуальне здоров'я), обумовлені домінуючим фізичним, соціальним, економічним та культурним середовищем, від якого залежить той чи інший стереотип поведінки окремих осіб, груп або населення якійсь місцевості. Більш того, доволі часто шкідливих для здоров'я звичок набувають саме найбідніші прошарки населення, серед яких спостерігаються більш високі показники поширеності куріння, вживання алкогольних напоїв та наркотиків, оскільки саме ці прошарки зазнають найбільшого стресу, намагаючись подолати життєві труднощі, зумовлені неадекватним рівнем доходу, незадовільною освітою, безробіттям та нестабільністю у питаннях працевлаштування.

На цьому аспекті особливо наголошувалося на І Міжнародній конференції з питань сприяння здоров'ю, що відбулася в Оттаві 17 – 21 листопада 1986 р. Результатом цього форуму стало прийняття Хартії про сприяння здоров'ю, широко відомої як Оттавська Хартія, що відтоді і дотепер є основним керівним джерелом для всіх, хто займається діяльністю, спрямованою на сприяння здоров'ю. Подальший розвиток зазначена діяльність ВООЗ отримала у Рекомендаціях ІІ Міжнародної конференції з питань сприяння здоров'ю, що відбулася 5 – 9 квітня 1988 р. в Аделаїді (Австралія) і була присвячена проблемам здорової громадської політики.

Вагомий внесок у визначення міжнародних підходів щодо політики сприяння здоров'ю зробила ІІІ Міжнародна конференція з питань сприяння здоров'ю, присвячена проблемам створення сприятливого для здоров'я середовища (Сундсваль, Швеція, 9 -15 червня 1991 р.). У підсумковій заяві, прийнятій на цьому форумі, підкреслювалося, що в контексті здорового способу життя термін ''навколишнє середовище'' містить у собі як фізичні, так і соціальні аспекти

оточення людини, тобто те середовище, де людина живе, працює і відпочиває, а також визначає доступ людей до життєвих ресурсів і можливостей підвищити свій професійний рівень. У зв'язку з цим діяльність, спрямована на створення сприятливого для здоров'я навколишнього середовища, має багато нерозривно взаємопов'язаних вимірів – фізичний, суспільний, духовний, економічний та політичний, і повинна координуватися на локальному, регіональному, національному та глобальному рівнях.

Підсумком всієї 20-річної діяльності ВООЗ щодо вироблення та розвитку принципів політики сприяння здоров'ю стала IV Міжнародна конференція з питань сприяння здоров'ю, що відбулася у Джакарті у липні 1997 р. Результатом цієї конференції стало прийняття Декларації про сприяння здоров'ю у XXI столітті, відомої як Джакартська декларація.

Підтвердивши правильність основних стратегій щодо сприяння здоров'ю, визначених Оттавською Хартією, Джакартська декларація визначила основні пріоритети у сфері сприяння здоров'ю на XXI століття: сприяння суспільній відповідальності за здоров'я; збільшення інвестицій у розвиток здоров'я; зміцнення і розширення партнерства в охороні здоров'я; збільшення можливостей громади та індивідуальних можливостей; забезпечення надійної інфраструктури сприяння здоров'ю, що має передбачати нові механізми діяльності урядових, неурядових організацій, освітніх інституцій та приватного сектора з метою максимальної мобілізації їх ресурсів на локальному, національному та глобальному рівнях.

Важливим аспектом політики міжнародного співтовариства є запобігання зловживанню речовинами, що зумовлюють залежність, та зменшення шкоди, пов'язаної із вживанням цих речовин. Ця політика визначається передусім Єдиною конвенцією про наркотичні засоби від 30 березня 1961 р., Конвенцією про психотропні речовини від 21 лютого 1971 р. та Конвенцією Організації Об'єднаних Націй про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин, ратифікованими в тому числі й Україною.

Положення цих документів стосовно сприяння здоров'ю та запровадженню здорового способу життя були враховані при розробці

і прийнятті у подальшому нових програмних документів ВООЗ як на глобальному рівні, так і у Європейському регіоні зокрема, таких, як Основи політики досягнення здоров'я для всіх у XXI столітті в Європейському регіоні, відомі також під назвою ''ЗДОРОВ'Я – XXI''. Крім згаданих загальних положень, викладених у провідних документах, кожна з країн-лідерів формування здорового способу життя має свої особливості розвитку цієї діяльності.

Будь-яка техногенна катастрофа має негативні екологічні, медичні, соціальні, психологічні наслідки. Специфіка Чорнобильської катастрофи полягає в тому, що ці наслідки є пролонгованими в часі. Як і передбачали вчені, очевидні медичні наслідки особливо гостро стали проявлятися через 20 років після аварії, а вплив малих доз радіації на здоров'я людини та наступних поколінь на сьогодні досконало не вивчений. Пріоритетною позицією в ціннісній ієрархії займає психологічна робота по формуванню ставлення до здоров'я як до цінності одночасно з підвищенням санітарної культури, пропаганди принципів здорового способу життя, проведення оздоровчих заходів.

4.1.2 Людина як об'єкт психічного здоров'я.

За Б.Н. Чумаковим, здоров'я людини – процес збереження та розвитку її психічних та функціональних якостей, оптимальної працездатності та соціальної активності при максимальній тривалості життя.

За даними Ю.П. Лисицина, факторами, які визначають здоров'я, є:

- здоровий спосіб життя – 50-55%
- екологічні фактори – 15-20%
- спадковість – 15-20%
- медицина – 10-15%

Поняття про психіку здоров'я, структура психіки

Психіка – сфера мислення, почуттів та емоцій, інтеграція цих окремих автономних систем у цілісну особистість. Першопричина, яка є поштовхом до різних захворювань і неадекватних форм поведінки, у першу чергу, пов'язана із психікою.

Ознаками здоров'я особистості є вміння людини регулювати свої вчинки та поведінку у межах соціальних груп, її здатність до саморегуляції, тобто уміння в бадьорому стані керувати психікою, правильно та свідомо оцінювати суб'єктивне та об'єктивне «Я».

Сучасні західні психологи вважають, що самоповага та ступінь вираженої стурбованості є одними з найважливіших показників психічного здоров'я.

Ф.М. Достоєвський як критерій психічного здоров'я розглядав адекватне сприйняття оточення, свідоме здійснення вчинків, цілеспрямованість та активність.

Американський психолог Маслоу вважає, що здорова людина – це перш за все людина щаслива, яка живе у гармонії сама із собою, не відчуває внутрішнього розладу, здатна захищатись, але першою не нападати ні на кого.

Валеологічний аспект психічного здоров'я – це управління станом психіки (мисленням, почуттям, емоціями) з елементами самопізнання та психічного оздоровлення. Мислення може бути свідомим і несвідомим.

Свідоме мислення – це якість розуму, коли проявляється можливість виразити результати словом, а також засоби та прийоми, за допомогою яких було отримано цей результат. Це здатність ідеального відтворення дійсності у свідомості.

Несвідоме мислення проявляється у тому, що людина не може розповісти, як вона розв'язала задачу (хоча зробила це правильно), не бачить своїх помилок, не в змозі вказати на ознаки та якості, на які вона спиралася, коли давала відповідь.

Психічне здоров'я асоціюється з такою метою існування людини, як потреба у самореалізації, тобто забезпеченні сфери життя, яку називають соціальною. Людина себе може реалізувати в суспільстві тоді, коли має достатній рівень психічної енергії, яка визначає її працездатність (сили), і, в той же час, достатню пластичність і гармонійність психіки, які дозволяють їй адаптуватись у суспільстві, бути адекватною його вимогам.

За сучасними уявленнями психіка людини має свідому та несвідому частини. На свідому приходиться майже 10%, на несві-

дому – до 90%, вона у свою чергу поділяється на підсвідому і надсвідому.

Підсвідомість – це психічні процеси, не представлені у свідомості, той психічний досвід, який людина набула та несе в собі. Цей рівень пов'язаний із нашим біологічним існуванням (через підкіркові структури мозку).

Надсвідомість – це вищі рівні психіки, яких людина намагається досягти, тому що відчуває в собі їх присутність.

Свідома частина психіки, згідно з К.Г. Юнгом, має Его (наше уявлення про себе) та особистість (як ми подаємо себе суспільству).

Природні особливості психіки:

1.Особливості психічного коду людини. Природжений психічний код людини має архетипи – прообрази колективного підсвідомого. Це відчуття, мислення й поведінки, такі як любов, відданість, бажання влади та багатства, агресивність, потреба у спілкуванні, милосерді, щедрості, прагнення перемін, ініціативність, відповідальність тощо.

2.Особливості внутрішньоутробного розвитку плоду та процесу народження як факторів, які формують перші психокомплекси – пренатальні матриці. **Природжені психокомплекси можуть супроводжувати людину протягом усього життя (якщо не вжити спеціальних заходів), порушуючи її соціальну адаптацію.**

3.Наступним фактором уродженого походження, який впливає на психічну діяльність, є особливості темпераменту.

Темперамент – це сукупність індивідуально-психологічних особливостей, які проявляються у швидкості виникнення та силі відчуттів, у загальній рухливості людини. Він має два основні прояви: емоційність та активність, особливості яких визначають риси характеру.

Характер – це сукупність стійких індивідуальних особливостей людини, які проявляються у діяльності та спілкуванні, обумовлюють типові для неї форми поведінки. Надмірний прояв окремих рис характеру, який виявляється у слабких його рисах, вразливості, називається акцентуацією. Ці риси характеру можуть проявлятися в будь-який час, що перешкоджає адаптації до соціального

середовища, тому може проявлятись патологія характеру, тобто психопатія.

Набуті у процесі життя особливості психіки. Вчення про стрес.

Крім спадкових факторів, на стан психічного здоров'я впливають і ті, які діяли протягом життя людини. Наприклад, це психічний стрес, який пов'язаний з емоційними та інтелектуальними перевантаженнями або психологічними травмами, що часто поєднуються зі стресом.

Стрес – це стан напруги у системі, на яку діють подразники, сила яких перевищує адаптаційні можливості. Після сприйняття нових умов життя мають місце такі стадії психічного стресу:

1.Ігнорування психотравмуючого фактора, спроба вийти із ситуації з мінімальними витратами енергії.

2.Збудження. Характеризується хаотичним проявом активності, спрямованої на ліквідацію психотравмуючої ситуації.

3.Стадія депресивного стану. Депресія пов'язана з витратою енергії, тому за своєю суттю є реактивною.

4.Стадія концентуалізації. Прийняття рішення, нової концепції подальшої роботи, сприйняття життя.

Ця динаміка адаптаційної перебудови особливо проявляється при гострих психічних стресах, психологічних травмах. Якщо ситуація затягується, то виникає хронічний психічний стрес, який проявляється ознаками неврозу – емоційною нестійкістю, поганим самопочуттям.

Невроз – це форма психічної адаптації акцентуйованої людини. Форма неврозу не змінюється протягом усього життя. Є три основні форми:

1.Неврастенія проявляється у психічному виснаженні, негативному емоційному фоні, вразливості, плачі, надмірно виразній реакції пасивного захисту.

2.Істерія характерна для інфантильних, істероїдних людей зі слабкою психічною адаптацією.

3.Невроз нав'язливих станів з'являється у астеніків, меланхоліків. Характеризується фобіями, підвищеною тривожністю, яка призводить до повторення окремих дій, вегетативних розладів.

Механізми психічного та фізіологічного стресу та його наслідки.

Механізмом, який запускає психічний стрес, є емоції. Негативні емоції сильніші та довготриваліші, ніж позитивні. Негативні емоції збуджують на досягнення мети, задоволення потреби. На біологічному рівні – це потреба в безпеці, їжі, задоволенні статевого та батьківського інстинктів. На вищих рівнях – душевному та духовному – це потреба в емоційному резонансі, в особистій території авторитету, творчості тощо.

Позитивні емоції – це сигнал про задоволення потреби. Інколи вони можуть бути надмірними, тоді вмикається механізм, властивий негативним емоціям.

Різні люди не однаково запам'ятовують емоції. «Люди дії», які мають інтенсивний обмін катехоламінів у головному мозку, краще запам'ятовують негативні емоції як досвід, необхідний для життя. У той же час «творчі люди» переважно тримають у пам'яті позитивні емоції, тому що творити можливо лише в атмосфері альтруїзму.

Виснаження психіки призводить до психологічних проявів і погіршення стану організму, зокрема виникають «хвороби адаптації». Наприклад, тривала та надмірна секреція глюкокортикоїдів наднирниками виснажує інсулярний апарат підшлункової залози, тому може виникнути цукровий діабет. До інших хвороб адаптації, також пов'язаних із гіперфункцією наднирників, належать виразки у шлунково-кишковому каналі, імунодефіцит, неплідність тощо.

Порушення психічного стану при стресі може проявлятися: швидкою втомою, роздратованістю, або ж, навпаки, депресією, головним болем, розладом сну, надмірним апетитом як способом одержання енергії, сили та впевненості, потребою в штучних стимуляторах нервових процесів (паління, вживання алкоголю та наркотичних засобів природного або штучного походження).

Профілактика психічного стресу та сучасні підходи до психічного оздоровлення

Профілактика базується на наступних принципах:

1.Підвищення стійкості до стресу. Потрібно готувати людей до різних ситуацій, вчити управляти своїми емоціями.

2.Позбавлення від психічної напруги, оптимальна реакція на негативні емоції.

3.Психокорекція. При гострих короткочасних стресах викликає:

а) комплекс рухів, особливо ритмічних і досить важких;

б) релаксація;

в) самонавіяння;

г) використання зовнішніх розслаблюючих факторів (музика, запахи, природні фактори).

4.Фармакологічна корекція, тобто застосування заспокійливих засобів.

Уміння працювати з підсвідомістю розкриває великі можливості в психічному оздоровленні людини, тому що всі психологічні травми, психокомплекси зафіксовані саме в цій частині психіки.

Ключем, який відчиняє двері у підсвідомість, є стан трансу. Під трансом розуміють змінений, але фізіологічний стан організму, при якому внутрішні образи мають більшу значущість, ніж зовнішні. Описано понад сімдесят форм трансу, зокрема це гіпнотичний стан, сон, медитація, глибока концентрація на чомусь. Для оздоровлення використовують, як правило, легкі форми трансу, які називають ериксонівським гіпнозом.

Говорячи про психічне здоров'я, слід пам'ятати про психологію навколишнього простору. Люди, які живуть на спільній території, мають єдине психічне поле, постійно обмінюються між собою емоціями, думками, тому між ними постійно існує взаємне наведення позитивних і негативних психічних станів. Збереження емоційної та інтелектуальної рівноваги вимагає відповідної психоекології середовища. Нетерпимість, гнів, ворожість і агресивність сприяють розвитку стресу.

4.1.3 Загальнобіологічна природа хвороби

Біологічні ознаки здоров'я передбачають фізіологічно нормальний стан і функціонування організму, тобто такий стан, за яким поточність формоутворюючих, фізіологічних і біологічних процесів в організмі підпорядковується доцільним біологічним процесам.

Перші елементи здоров'я передаються дитині від батьків. З розвитком людини до визначеного ступеня змінюється й її здоров'я.

На **біологічному рівні** здоров'я характеризується нормальною функцією організму на всіх рівнях його організації – організму, органів, гістологічних, клітинних та генетичних структур; нормальною поточністю типових фізіологічних і біохімічних процесів, які сприяють вираженню та відтворенню; здатністю організму пристосовуватися до умов існування в навколишньому середовищі, що постійно змінюються (адаптація); здатністю підтримувати постійність внутрішнього середовища організму; забезпеченням нормальної і різнобічної життєдіяльності та зберіганням живої основи в організмі. Тому фізичне здоров'я визначають такі чинники: індивідуальні особливості анатомічної будови, фізіологічні функції в різних умовах – спокої, навантаженні, рухах, рівень фізичного розвитку і систем.

Враховуючи, що людина є соціальною істотою, то її здоров'я є соціальною цінністю і передумовою для соціологізації особистості, для її «обростання» суспільними відносинами, включення в ритм та життя суспільної системи. Здоров'я є мірою соціальної активності, діяльності, відношення людини до світу.

Представлення про біологічний характер душевної хвороби легко спростувати. У 1988 р. Сеймур Кіті, психіатр, почесний професор медичного факультету Гарвардського університету і Стівен Матісс, професор психобіології того ж університету писали: «безстороннього читання літератури останнього часу не приносить ясності щодо катехоламінових гіпотез; немає також надійних доказів існування інших біологічних відмінностей, які могли б специфікувати мозок пацієнтів, які страждають душевними хворобами».

В 1992 група фахівців, зібраних Бюро технологічної експертизи Конгресу США, зробила наступний висновок: «Питання про біології душевних розладів залишається відкритими. Фактично, перед дослідниками як і раніше, стоїть завдання з'ясування конкретних біологічних причин кожного з цих розладів. ... Душевні розлади класифікуються симптоматично, оскільки до цих пір для них не існує ні біологічних критеріїв, ні лабораторних тестів».

Джек Громовий, професор психіатрії Колумбійського університету, в своїй книзі «Посібник із застосування лікарських препаратів в психіатрії» (1990) робить такий висновок: «Ми дійсно не знаємо причин жодного психічного захворювання».

В книзі «Нова психіатрія» (1985) інший професор психіатрії Колумбійського університету Джеральд Максмен пише: «Зазвичай замовчується та обставина, що психіатри єдині лікарі, що лікують розлади, які за визначенням не мають достовірно відомих причин і способів лікування. Діагноз повинен встановлювати причину душевного розладу, але, як було показано вище, оскільки етіологія більшості психічних розладів невідома, сучасні діагностичні системи не можуть відображати її».

Психіатр Пітер Бреггін у своїй книзі «Токсична психіатрія» (1991) пише: «не існує ніяких доказів того, що поширеність психологічних або психічних розладів мають генетичну або біологічну складову».

Прихильники біологічної психіатрії іноді наводять такий аргумент: той факт, що психіатричні ліки «зцілюють» (гальмують) мислення, почуття або поведінка, що називаються психічним розладом, доводить існування біологічних причин душевних хвороб.

До біологічних напрямів досліджень психологічної хвороби відносять наступні:

- Генетика психічних захворювань (генетичний аналіз біологічних ознак хвороби, молекулярна генетика, фармакогенетика тощо);
- Біохімія (включаючи нейрохімія);
- Імунологія (включаючи імунохімії мозку, імуноморфологія);
- Нейроморфологии;
- Нейрофізіологія (дослідження вищої нервової діяльності,
- методи енцефалографії і т. п.);
- Біологічна психофармакологія (фармакокінетика іметаболізм психотропних препаратів, вивчення індивідуальної чутливості та ін);
- Експериментальне моделювання психозів.

4.1.4.Біологічні і соціальні фактори психічної адаптації та дезадаптації в розвитку психічних розладів

Усе життя людини проходить у безперервному зв'язку із зовнішнім середовищем, тому здоров'я людини не можна розглядати як щось незалежне, автономне. Воно є результатом дії природних, антропогенних та соціальних факторів і віддзеркалює динамічну рівновагу між організмом і середовищем його існування.

Великий італійський художник, скульптор, вчений, інженер Леонардо да Вінчі (1452–1519) стверджував: «Треба зрозуміти, що таке людина, життя, здоров'я. І як рівновага, узгодження стихій його підтримує, а неузгоджених руйнує і губить».

Здоров'я потрібно розглядати не в статиці, а в динаміці змін зовнішнього середовища і в онтогенезі. У цьому відношенні заслуговує уваги вислів, що здоров'я визначає процес адаптації. Це не результат інстинкту, але автономна і культурно окреслена реакція на соціально створену реальність. Він створює можливість пристосуватися до зовнішнього середовища, що змінюється, до росту і старіння, лікування при порушеннях, стражданнях і мирного очікування смерті.

Людина при взаємодії з навколишнім середовищем реагує індивідуально за допомогою фізіологічних реакцій.

У силу загальних соматичних властивостей фізіологічного пристосування організм може адаптуватися або виробити імунітет до найрізноманітніших зовнішніх факторів. Усі люди здатні проявляти необхідну пластичність реакцій у відповідь на зміни зовнішніх умов. Адаптація допомагає підтримувати стійким внутрішнє середовище організму, коли параметри деяких факторів навколишнього середовища виходять за межі оптимальних.

Адаптація залежить від сили дії факторів навколишнього середовища та індивідуальної реактивності організму. Критерієм ступеня адаптації є збереження гомеостазу незалежно від тривалості дії фактора, до якого сформувалася адаптація. В умовах захворювання наступає компенсація, під якою треба розуміти боротьбу організму за гомеостаз, коли включаються додаткові захисні механізми, які протидіють виникненню і прогресуванню пато-

логічного процесу. Якщо надходить сигнали про велику небезпеку і включених механізмів не вистачає, виникає картина стресових захворювань, характерних для нашої цивілізації.

Індивідуальне пристосування до нових умов існування відбувається за рахунок зміни обміну речовин (метаболізму), збереження сталості внутрішнього середовища організму (гомеостазу); імунітету, тобто несприйнятливість організму до інфекційних та неінфекційних агентів і речовин, які потрапляють в організм ззовні чи утворюються в організмі під впливом тих чи інших чинників; регенерації, тобто відновлення структури ушкоджених органів чи тканин організму (загоювання ран та ін.); адаптивних безумовних та умовно-рефлекторних реакцій (адаптивна поведінка).

В організмі людини утворюється динамічний стереотип зі збереженням гомеостазу здорової людини, який виробився у процесі еволюційного розвитку в умовах навколишнього середовища. Здоров'я людини, забезпечення її гомеостазу може зберігатися і при деяких змінах параметрів, факторів навколишнього середовища. Такий вплив викликає в організмі людини відповідні біологічні зміни, але завдяки процесам адаптації (пристосування) у здорової людини фактори навколишнього середовища до певних меж дозволяють зберігати здоров'я.

До того часу, доки організм спроможний за допомогою адаптаційних механізмів та реакцій забезпечити стабільність внутрішнього середовища при зміні зовнішнього середовища, він знаходиться у стані, який можна оцінити як здоров'я. Якщо ж організм потрапляє в умови, коли інтенсивність впливу факторів зовнішнього середовища переважає можливості його адаптації, наступає стан, протилежний здоров'ю, тобто хвороба, патологія.

Аналіз існуючих в літературі визначень і підходів до вивчення феномена адаптації дозволяє виділити чотири смислових аспекти даного явища. Перший – адаптація як життєдіяльність людини в змінених умовах існування, другий – адаптація як пристосування до мінливих умов середовища, третій – адаптація як досягнення стійкості в зміненій середовищі, четвертий – адаптація як процес саморозкриття особистості.

Розуміння адаптації, як життєдіяльності людини в змінених умовах існування, властиво філософії, біології та медицині.

Змістовними характеристиками адаптації при цьому підході визнаються здібності до самозбереження і виживання індивіда і виду, засновані на виробленні адаптаційних реакцій, що відповідають вимогам середовища та здатності виробляти потомство. Роль адаптації в даному випадку полягає в збереженні людської популяції. У медицині адаптація розглядається в контексті здоров'я і хвороб, норми і патології. З точки зору патоцентрованної медицини захворювання розуміється як своєрідна адаптаційна стратегія в життєвій ситуації, яку неможливо вирішити іншими способами. Захворювання розвивається, як адаптаційний процес і проявляється в єдності фізіологічного, психічного і поведінкового компонента. У психіатрії, особливо пограничній, розглядаються наступні адаптивні ефекти: депресії, аутизм, деперсоналізація, засновані на думку авторів на трьох типах захисних механізмів: загальному зниженні психічної активності, зменшенні обсягу інформації, блокуванні сприйняття емоційного змісту інформації.

З точки зору валіоцентрічної медицини фізичне і психічне здоров'я – головна ознака адаптованності та стійкості організму до дії патогенних факторів. Людина відчуває себе здоровою, перебуваючи в рівновазі між власними адаптаційними можливостями і мінливими умовами середовища. У здоров'я відображається успішне функціонування адаптаційних систем організму і психіки. Всебічне стабільне здоров'я і є вищий рівень адаптації людини. Хвороба на відміну від патоцентріческого підходу розглядається як повне порушення адаптації людини.

Розуміння адаптації, як пристосування до мінливих умов середовища, що припускає мінливість ознак і поведінки людини внаслідок впливу зовнішніх сил, характерних для еволюційних біологічних теорій. У цьому аспекті змістом поняття адаптації виступають: підпорядкування навколишнього середовища, вростання в середу, зміна себе відповідно до вимог середовища. Цей підхід особливо популярний у соціальній та медичній психології, в психології праці і психології розвитку. Головне завдання пристосувальних процесів – це збереження цілісності організму в природ-

ному середовищі та забезпечення нормального функціонування людини в соціальному, культурному та професійному середовищах. При підкресленні соціальної сутності людини адаптація визначається як здатність пристосовуватися, існувати і здійснювати практичну діяльність в умовах, що різко відрізняються від звичних. Пристосування при цьому має на увазі зміну самого себе, перетворення середовища зводиться до мінімуму. Стверджується, що пристосування особистості до середовища здійснюється шляхом вростання в середу.

Особистісні зміни, які відбуваються супроводжують процес двома шляхами: принесення «в жертву» власної індивідуальності, що веде до розвитку конформізму; або розвитком індивідуальності, що передбачає конфлікт із середовищем, але це веде до реалізації власного особистісного потенціалу, тобто, до самоактуалізації.

Погляд на адаптацію, як на здатність до досягнення стійкості в зміненому середовищі існування, розвивався з теорії гомеостазу У. Кеннонана. На гомеостатичних позиціях ґрунтувалися дослідження з адаптації людини до нових умов проживання: полярним, високогірним, умовам космічних польотів і глибоководних занурень, пов'язаних з впливом на організм гіпоксії, переохолодження, перегріву, гіподинамії, ізоляції, монотонії, фізичних перевантажень та інших аналогічних факторів. Результати подібних досліджень привели до розуміння адаптації як процесу інтеграції функціональних систем життєзабезпечення організму у відповідь на зміну умов існування. Адаптація в цьому випадку розуміється, як цілеспрямована системна реакція організма у відповідь на дії зовнішнього середовища, які призводять до порушення гомеостатичного балансу. Подібне розуміння адаптації співзвучно з визначенням стресу, як загального адаптаційного синдрому організму за Г. Сельє. Головною ознакою адаптації при цьому вважається стійкість. Висока стійкість людини до впливу різних екстремальних чинників отожнюється з повною адаптацією. Гомеостатичний підхід у психології відображає прагнення людини до уникнення конфліктних відносин із середовищем, до усунення психічної і фізіологічної напруги в проблемних ситуаціях. Стверджується, що якщо відбуваються якісь події або зміни в на-

вколишньому, природному, соціальному, технічному, професійному або культурному середовищі, то він направляє свою енергію на відновлення втраченого балансу і спокою, що виводять людину з рівноваги. Стійкість, як загальна адаптаційна ознака конкретизується, при цьому як нервово-психічна стійкість, яка виступає головним механізмом збереження гомеостазу в напружених умовах існування і служить цілям профілактики розвитку психічних і поведінкових розладів. Головною ознакою наявності нервово-психічної стійкості визнається гармонія індивіда з навколишнім середовищем. Критеріями досить гармонійної рівноваги виступають: успішність діяльності, досягнення поставлених цілей, безконфліктність спілкування, хороший стан здоров'я, задоволеність собою і життям.

Аналізуючи перелічені смислові аспекти адаптації, С. Т. Посохова зазначає, що вони не суперечать один одному і не заперечують одне одного, але їх явно не достатньо для розуміння сутності адаптації людини і розкриття ролі особистості в розвитку адаптаційних процесів. Життя людини, як особистості, не зводиться тільки до категорій виживання чи продовження роду. Вростання в середу має на увазі пасивність особистості, і обмежує всі адаптаційні прояви в рамками середовища. Гомеостатичний підхід, що орієнтується на досягнення стійкості, не здатний відобразити екзистенційний сенс адаптації людини і не може пояснить феномени особистісного росту і багато духовні потреби особистості.

Долаючи ці недоліки, С. Т. Посохова пропонує розглядати феномен адаптації з позицій особистості. Саме особистість є фактор, що визначає повноту і напрямок процесів адаптації. Три виділених аспекту доповнюються четвертим: адаптація, як спосіб саморозкриття особистості. Даний підхід акцентує прагнення особистості знайти власну стратегію з будь-якої нової навколишньою реальністю. Перетворити діапазон і вектор прояву своїх адаптаційних можливостей у відповідності з власним світовідчуттям, власним баченням того, що відбувається і себе в ньому. Середовище лише «схиляє» до чого-небудь, напрямок і кут нахилу вибирає сама особистість. Даний підхід передбачає внутрішню активність особистості в досягненні адаптаційних цілей: фізіологічного гомеостазу, екологічної рівноваги при взаємодії з мінливими культур-

ними, соціальними і природними умовами, зміну навколишнього середовища згідно власної моделі «потрібного майбутнього», а також встановлення гармонійних відносин з самим собою. Орієнтація на особистість, інтегруючу всі рівні нервово-психічної організації людини, а також різні способи взаємодії з навколишнім середовищем, дозволяє розглядати адаптацію в різних умовах існування, насамперед, як адаптацію особистості. Головним механізмом при цьому виступає рівень розвитку особистісних регуляторних функцій. Саме завдяки особистісної регуляції людина може жити, зберігаючи здоров'я і здатність до продовження роду в умовах «раніше не сумісних з життям», досягати відповідності вимогам середовища або долати залежність від середовища, розкривати свій потенціал, перетворювати себе і навколишнє середовище.

Поняття дезадаптації

Згідно Ю. О. Александрівському, під психічною дезадаптацією розуміють ситуації, в яких психофізіологічні і соціально-психологічні механізми, вичерпавши свої резерви від впливу психогенних факторів, не можуть більше забезпечувати адекватне відображення дійсності і регуляторну діяльність людини. Його стан при цьому характеризується переважанням хронічних негативних емоцій, дезорганізацією діяльності, втратою тимчасової перспективи. Як показують спеціальні дослідження, психічна дезадаптація проявляється в порушеннях сприйняття простору і часу, незвичайних психічних станах і супроводжується яскраво вираженими вегетативними реакціями. Дезадаптація розуміється, як процес або результат, може бути оборотньою чи ні. Під оборотньою – розуміється тимчасове зниження функціональних можливостей психіки, під незворотньою – хронічні психічні розлади.

Дезадаптацію також визначають, як результат внутрішньої, зовнішньої або комплексної дісгармонізаціі взаємодії особистості з самим собою і з суспільством, яка виявляється у внутрішньому дискомфорті, порушеннях діяльності, поведінки і взаємин особистості. Виділяють патогенну, психосоціальну і соціальну дезадаптацію. Патогенна проявляється в неврозах, психопатіях, порушеннях роботи аналізаторів, соматичних порушен-

нях. Психосоціальна трактується, як результат статевовікових змін, акцентуацій характеру, несприятливих проявів емоційно-вольової сфери. Соціальна дезадаптація проявляється у порушеннях норм моралі та права, в асоціальних формах поведінки, деформації системи внутрішньої регуляції референтних і ціннісних орієнтації, асоціальних установок.

Дезадаптація може бути:

- прихованою, коли людина носить в собі руйнівні емоції і почуття, такі як образа, тривога, страх, самотність;
- відкритою, коли внутрішні стани виявляються в поведінці; ярковираженій, котре стосується не тільки самої людини, а й соціального оточення.

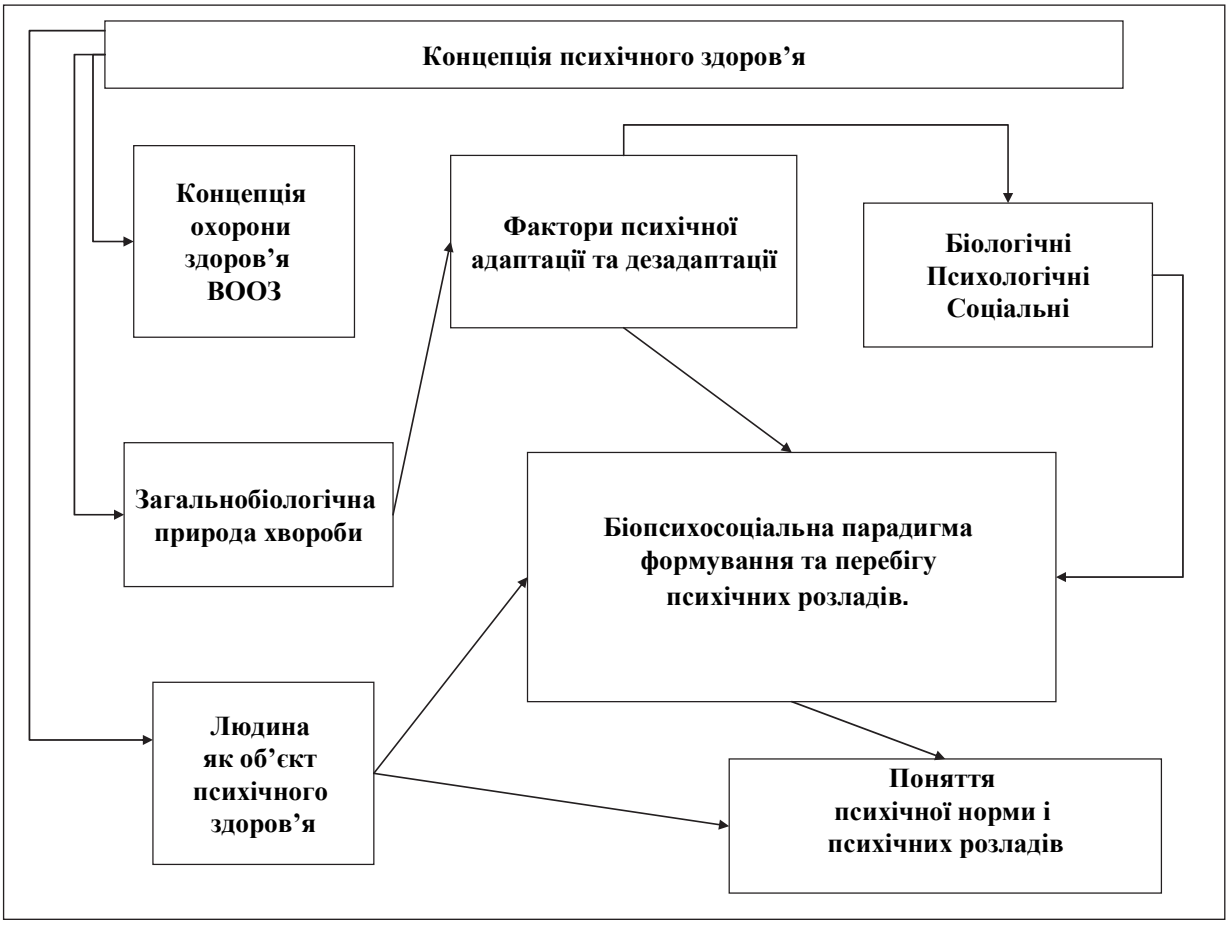
Виділяють також ситуативну, тимчасову і стійку дезадаптацію. Крім того, дезадаптація може бути звернена як усередину, так і на оточення. Вона може усвідомлюватись чине усвідомлюватися людиною. Викликати або не викликати бажання змінитися або щось змінити.

А. А. Реан вважає, що психологічна, психосоціальна і соціальна дезадаптація найчастіше запускається механізмом когнітивного дисонансу, який виникає при неузгодженості суб'єктивних когнітивних образів з дійсністю. Механізм, що протистоїть розвитку дезадаптації, автор називає «соціально-психологічна терпимість особистості» і виділяє два її види: сенсуальна терпимість і диспозиційна терпимість.

Сенсуальна пов'язана зі стійкістю до впливів навколишнього середовища, з ослабленням реагування на будь-які несприятливі фактори за рахунок зниження чутливості до його впливу. Сенсуальна терпимість, таким чином, пов'язана з класичною толерантністю, з підвищенням порога чутливості до різних впливів середовища, в тому числі, до впливів суб'єктів особистісної взаємодії.

У разі диспозиційної терпимості йдеться про схильність, готовності до певної реакції особистості на середовище. За диспозиційною терпимістю стоять установки особистості, її система відносин до дійсності, до інших людей, до їх поведінки, до себе, до дії інших на себе, до життя взагалі.

Формалізована структура змісту теми



Запитання для самостійної роботи

1.Людина як об'єкт психічного здоров'я.

2.Концепція охорони здоров'я ВООЗ.

3.Концепція психічного здоров'я.

4.Загальнобіологічна природа хвороби.

5.Біологічні і соціальні фактори психічної адаптації та дезадаптації в розвитку психічних розладів.

6.Біопсихосоціальна парадигма формування та перебігу психічних розладів.

7.Поняття психічної норми і психічних розладів.

Альтернативно-тестові завдання для самоконтролю

1. Назвіть ціль діяльності системи державної охорони здоров'я:

а- У відпрацюванні медичної технології;

b- Підвищення якості надання медичної допомоги на всіх її етапах;

c- Забезпечення соціально-економічних і медичних умов для охорони й поліпшення здоров'я населення;

d- Зниження захворюваності й інвалідності населення, збереження й зміцнення здоров'я населення;

e- Забезпечення системи суспільних і державних соціально-економічних, юридичних і медичних заходів, що забезпечують високий рівень охорони й поліпшення здоров'я населення;

2. Які з названих принципів розвитку національної охорони здоров'я за рекомендацією ВОЗ є головними?

a- Відповідальність держави за охорону здоров'я населення;

b- Забезпечення всьому населенню найвищого можливого рівня висококваліфікованої, суспільної медичної допомоги;

c- Створення єдиної національної програми охорони здоров'я та розвиток суспільної й державної профілактики;

d- Притягнення до участі в проведенні всіх програм охорони здоров'я широких кіл населення і громадськості;

e- Вивчення медико-соціальної характеристики системогенеза найбільше поширених хвороб людини;

3. Зазначте, які з названих проблем охорони здоров'я є пріоритетними:

a- Пошук і розробка альтернативних структур і технологій;

b- Збільшення інвестицій у медицину й охорону здоров'я, розробка альтернативної концепції охорони здоров'я в умовах переходу до ринкової економіки, страхової медицини, децентралізації управління;

c- Підвищення заможності населення, якості медичної допомоги, забезпечення лікарями та койками;

d- Вивчення медико-соціальної характеристики системогенеза найбільше поширених хвороб людини

e- Задоволення потреб населення в охороні й забезпеченні визначеного рівня здоров'я;

4. Дайте визначення охороні здоров'я, як системі:

a- Складна суспільна динамічна функціональна система, яка створена і використовується суспільством для здійснення комплексу соціальних і медичних заходів, спрямованих на охорону і постійне поліпшення здоров'я кожної людини та населення

b- Охорона здоров'я не є і не може бути організаційною й управлінською системою, в силу її функціональних особливостей

Завдання та проблемні ситуації

1. Людина як об'єкт психічного здоров'я.
2. Поняття про психіку здоров'я, структура психіки.
3. Природні особливості психіки.
4. Набуті у процесі життя особливості психіки.
5. Поняття стресу.
6. Механізми психічного та фізіологічного стресу та його наслідки.
7. Профілактика психічного стресу та сучасні підходи до психічного оздоровлення.
8. Загальнобіологічна природа хвороби.
9. Біологічні і соціальні фактори психічної адаптації та дезадаптації в розвитку психічних розладів.

Література

Основна:

1. Богучарова О.І. Здоров'я особистості у психологічній перспективі. Монографія. – К.: Київський національний університет імені Тараса Шевченка, інститут післядипломної освіти. 2004 – 283с.

2. Закон України «Про психіатричну допомогу». – К.: Сфера, 2000. – 50 с.

3. Закони України про охорону здоров'я: Збірник нормативно-правових актів. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 464 с.

4. Коцур Н.І., Гармаш Л.С. Психогігієна. – Чернівці, Переяслав-Хмельницький: Книги – ХХІ, 2006. – 380с.

5. Максименко С.Д., Яланська С.П. Генетико-креативний підхід: діяльнісне опосередкування особистісного розвитку: монографія. Київ: "Видавництво Людмила", 2021.508 с.

6.Максименко С.Д., Костюк О.В., Максименко К.С., Немеш О.М., Луньов В.Є.Мультилінгвістичний дискурс невротизації майбутніх лікарів: монографія. Київ: "Видавництво Людмила", 2020. 171 с.

7.Максименко С.Д., Піроженко Т.О., Пророк Н.В., Папуча М.В. Психологічний портрет особистості дитини:вікові періоди Київ: "Видавництво Людмила", 2021. 104 с.

8.Максименко С. Д., Максименко К. С., Папуча М. В. Психологія особистості: підручник. Київ: ТОВ «КММ», 2007. 296 с.

9.Maksimenko S.D. Kokun O.M. Features of the components of students' psychophysiological readiness to work as teachers, Idōkan Poland Association "IDO MOVEMENT FOR CULTURE. Journal of Martial Arts Anthropology", Vol. 21, no. 2 (2021), pp. 11–18

10. Maksimenko S.D. Kokun O.M. Principles of website design for professional psychological diagnosis in different specialities. Information Technologies and Learning Tools / Institute of Information Technologies and Learning Tools of NAES of Ukraine. –2019. – Vol. 73., № 5. – P. 284-294.

11. Maksimenko S.D.,Serdiuk L. Psychological Potential of personal self-realization.Social Welfare.Interdisciplinary Approach,6(1),93-100

12. Sergiy D. Maksymenko,Mykola B.Yevtukh,Yaroslav V.Tskekhmister, Kseniia S.Maksymenko, Olena O.Lazurenko. Psychology and Pedagogics:Text-book.- K.:Publishing house 'Slovo',2012.-520 p.

13. Максименко К. С. Переживання негативних психічних станів особистістю : метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / К. С. Максименко. – К. : КММ, 2011. – 184 с.

14. Максименко С.Д., Максименко К.С.. Папуча М.В. Психологія особистості: Підручник. – К.: ТОВ «КММ», 2007. – 296с.

15. Охорона психічного здоров'я у світі: Проблеми та пріоритети в країнах, що розвиваються / Р. Дежарлє, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман: Пер.з англ. – К.: Сфера, 2001. – 575 с.

16. Охорона психічного здоров'я у світі: Проблеми та пріоритети в країнах, що розвиваються / Р. Держалє, Л. Айзенберг,

Б. Гуд, А. Кляйнман: Пер. з англ. – К.: Сфера, 2001. – 575 с. – Рос. мовою.

17. Сучасні технології надання соціально-психологічної допомоги населенню, що постраждало внаслідок Чорнобильської катастрофи: Метод. посіб. – К.: Чорнобилькінтерінформ, 2000.

Додаткова:

1. Бабин І. І., Царенко А. В., Черняк В. М., Яцук Г. Ф. Пізнай себе: Матеріали до курсу «Валеологія». – Тернопіль: ТДПІУО, ТОШО, 2002. – 232 с.

2. Грушко В.С. Основи здорового способу життя: Навчальний посібник з курсу «Валеологія». – Тернопіль: СМП «Астон», 1999. – 368 с.

3. Загальна психологія. / За загальною редакцією академіка С.Д.Максименка. Підручник. – 2-ге вид., переробл. і доп. – Вінниця: Нова Книга, 2004. – 704 с.

4. Максименко С.Д. Генетическая психология (методологическая рефлексия проблем равития в психологии). – М. : «Рефл-Бук», К.: «Ваклер», 2000. – 320 с.

5. Максименко С.Д. Основи генетичної психології. – К., 1998. – 218с.

6. Рудоміно-Дусятська О. В. Екологічна психологія: Навч. посіб. – К.: Ін-т післядипломної освіти КНУ ім. Тараса Шевченка, 2001. – 71 с.

7. Шапар В.Б. Психологічний тлумачний словник. – Х.: Прапор, 2004. – 640 с.

4.2. Поняття психічної норми і психічних розладів

КЛЮЧОВІ ПОНЯТТЯ ТЕМИ: континуум «норма-патологія» для розладів психіки, донозологічний стан, психічна хвороба, критерії діагностики психічних та наркологічних розладів за МКХ-10, психосоматична медицина, аутоагресія та гетероагресія, гоміцидоманія.

4.2.1 Континуум норма-патологія.

Проблема норми і патології вивчалась на протязі всієї історії медичної науки. Ця проблема є предметом боротьби матеріалістичного і ідеалістичного світоглядів. В основі сучасних ідеалістичних уявлень про норму лежить релятивізм. Зокрема, А.В. Кнайкер в статті «Філософське обґрунтування норми в медицині пише: «Патологія така ж функція для розуміння, як і норма. Між нормою і патологією немає ніякої принципової різниці». Згідно об'єктивно-ідеалістичних поглядів норма-це сукупність певних проявів, властивостей організму, що відображають лише «ідею цього організму». Матеріалістична наука розглядає норму як вираз об'єктивного стану організму, прояв оптимальної його життєдіяльності. Біологічне поняття норми тісно пов'язане із філософською категорією міри. В нормі відображається такий якісний стан життєдіяльності організму, на який кількісні функціонально-морфологічні зсуви (збільшення чи зменшення) в певних рамках суттєво не впливають.

В недалекому минулому патологію як науку вважали філософією або методологією медицини. А.А. Богомолець признавав патологію методологією медицини, бо «вона повинна показати діалектичність розвитку як самих патологічних процесів, так і наших уявлень про них і навчити лікаря діалектичному матеріалістичному аналізу хвороби і хворої людини». Проте важливим в теоретичній медицині є питання про межі між нормою і патологією, здоров'ям і хворобою, а межі ці дуже мінливі і рухливі.

Клінічна психологія займається проблемою визначення, що ж таке психічна норма і патологія. У рамках нозологічного підходу прийнято виділяти два стани людини – здоров'я і хвороба. Типовими ознаками здоров'я вважаються структурна і фізична збереженість нервової системи та органів людини, індивідуальна пристосованість до фізичного і соціального середовища, збереження стабільного звичайного самопочуття.

Хвороба характеризується загальним чи приватним зниженням пристосованності, при цьому виділяють наступні можливі наслідки хвороби: повне одужання, одужання з наявністю залишко-

вих явищ, інвалідизація (отримання дефекту) і летальний результат.

Також виділяють патологічний психічний стан, який обумовлений етіологією процесу і не має кінця.

Питання визначення норми і патології є вкрай складним і включає різні сфери людської діяльності – від медицини та психології до філософії і соціології. Був здійснений ряд спроб вивести критерії психічної норми, до яких включали відповідну вікову зрілість почуттів людини, адекватне сприйняття дійсності, наявність гармонії між сприйняттям явищ і емоційним ставленням до них, вмінням вживатися з собою і соціальним оточенням, гнучкість поведінки, критичний підхід до обставин життя, наявність почуття ідентичності, здатність планувати та оцінювання життєвої перспективи. У багатьох випадках під психічної нормою визначають те, наскільки індивід адаптований до життя в соціальному середовищі, наскільки він продуктивний і критичний по життю.

При постановці діагнозу психіатри та клінічні психологи користуються як особистим досвідом та загальними рекомендаціями, так і Міжнародної класифікацією хвороб (МКХ) та «Діагностичним і статистичним довідником з психічних розладів» (DSM-IV).

Норма як психологічний оптимум живої системи

Категорії «норма» (здоров'я) і «патологія» (хвороба) в медицині використовуються з початку її виникнення. Протягом всієї історії медичної науки патологи, клініцисти (і навіть філософи) намагались дати визначення норми і патології, встановити їх якісну різницю. Проте уявлення про нормальну життєдіяльність завжди носили і носять конкретно-історичний характер (відображають світогляд вчених певного часу).

Патологію іноді важко відмежувати від норми, бо нормальне для однієї форми організації чи для одного структурного компонента може бути аномальним для інших рівнів або компонентів, тобто межі іноді бувають рухливі і невизначені. Якщо норму обмежити лише невеликим колом «строго оптимальних» явищ, то створюється грубий шаблон норми, що не охоплює, протилежні процеси, які в одних випадках входять в зону норми, а в інших

переходять в зону оптимального. Якщо ж в зону норми включити спектр різних процесів, то в неї увійдуть і деякі патологічні явища, оскільки чітку лінію між нормою і патологією провести, як правило, неможливо. Важко також строго визначити норму тому, що вона лабільна у часі, тобто специфічна для різних періодів антогенезу.

У багатьох роботах робиться спроба дати універсальне визначення норми (А.Д.Степенов, М.Ю. Ахмеджанов, А.М. Лифшиц) Автори при цьому стикаються із протиріччям: чим більш універсальним є визначення норми, тим менш конкретним змістом воно наповнене. Універсальне однозначне визначення норми є абстрактним поняттям, яке повинно бути конкретизоване при розробці теорії норми «нормології»). Любе визначення тільки тоді стає конкретним поняттям науки, коли воно стає розчленованим, коли в ньому відображаються основні проблеми конкретної науки.

Історичний принцип в дослідженні норми вимагає пізнання історичного розвитку об'єкта дослідження. Отже, щоб визначити нормальний стан і розвиток людини, необхідно виявити загальні закономірності нормального розвитку живих систем. Медицина тісно пов'язана із всією системою біологічних знань. Філогенез людини починається із біологічного розвитку, тому передумови визначення норми в медицині містяться в анамнезі норми живих систем.

Сучасного лікаря не може повністю задовольнити середньостатистичне визначення норми. Воно лише приблизний орієнтир, наближення до реальної норми. Але в певних ситуаціях допустимо використання «довідникових норм» (наприклад, величини кров'яного тиску, частоти пульсу, рівня цукру в крові).

Одним із найбільш глибоких трактувань норми для живих систем є розуміння її як функціонального оптимуму (А.А.Корольков, В.П.Петленко, 1977р.) При цьому під оптимальним функціонуванням розуміють найбільш злагоджене і ефективне протікання всіх процесів в системі. Оптимальний стан – найкращий із реально існуючих однорідних станів, що найбільше відповідає певним умовам і завданням.

Для нормального функціонування живого головне значення має життєздатність системи, що базується на внутрішньосистемних відношеннях, на відповідності підсистем-системі, функцій-структурі, співпристосованості елементів, узгодженості функцій.

Норма є біологічним оптимумом живої системи, тобто норма-це інтервал оптимального для людини психосоматичного функціонування живої системи. Цей інтервал має рухливі межі, в рамках яких зберігається оптимальний зв'язок із середовищем, а також узгодженість всіх функцій організму. Нормальна система – це завжди оптимально функціонуюча система. З точки зору такого розуміння норми навіть ті показники, які виходять за межі середньостатистичних, включаються в норму як оптимум. Так індивідуальне, в яке включається в типове, середньостатистичне розуміння норми, повинно бути доповнено біооптимальним.

Екологічний оптимум – основа соціального нормування

Проблема взаємовідносин суспільства і природи, людини і навколишнього середовища знаходиться в центрі уваги сучасної науки і світової спільноти. Це обумовлено тим, що природа як необхідна умова існування людини перестає відповідати її біологічній і соціальній сутності під впливом антропогенних змін.

Все більш очевидною стає залежність нормального розвитку людини від нормального розвитку різних форм організації живого і численних впливів зовнішнього середовища.

Природа для людини – велика цінність. І не тільки як першоджерело матеріальних благ, але і як джерело духовного багатства. В основі естетичного сприйняття людиною природи лежить відображення її об'єктивної краси. Краса природи має велике значення не лише духовного, а і фізичного удосконалення індивіда. Як невичерпне джерело естетичних переживань природа в той же час – важливий оздоровчий фактор. Екологічне середовище для людини має естетогігієнічне значення, воно одночасно діє на неї як на природну і як на соціальну істоту. В свою чергу зсуви у екологічних умовах життя людей ведуть до суттєвих змін у стані

здоров'я населення. В теоретичному плані тут необхідно відмітити такі моменти.

По-перше, екологічна зона оптимальної життєдіяльності людини обмежена. І будь-яке інтенсивне втручання в екологічну рівновагу веде до порушення міри природних властивостей.

По-друге, для нормальної життєдіяльності людини в «зоні, екологічного комфорту» необхідний набір відносно постійних констант стану середовища. Порушення цих характеристик або їх співвідношень погіршує середовище життєдіяльності.

По-третє, організм людини, як і інший живий організм, володіє певною консервативністю своїх структур і функцій. В ході перетворення середовища може не тільки виникати, але і посилювати відставання адаптаційно-пристосувальних можливостей організму від різних життєвоважливих характеристик середовища.

В сучасних умовах збільшується кількість і зростає інтенсивність фізичних, хімічних та інших факторів, що безпосередньо впливають на організм людини. В останній час виявлені нові захворювання – генетичні, токсикологічні, алергічні, ендокринні; поширення яких пов'язане із використанням нових речовин, енергій, із зміною хімічного оточення людини. Проте на людину впливає і соціальне, культурне середовище, що визначає її здоров'я. Причому соціальні фактори в умовах підвищених темпів суспільного життя стають часто травмуючими (особливо психоемоційну сферу). В силу цього виникає дисгармонія між нервово-психологічними і соціально-технологічними ритмами, що нерідко проявляється у важких формах психічних захворювань, неврозів тощо.

Психоемоційні і біологічні розлади – результат не лише впливу надмірно сильних подразників в технічному середовищі, але і ускладнення взаємовідносин людей. Всі канали інтелектуальних і емоційних відносин між людьми стають до межі заповненими і перевантаженими. Нервова система піддається постійному впливу негативних психічних факторів. В результаті виникають стресові, хвороботворні ситуації в житті особи і колективів.

Соціально-гігієнічне регулювання пов'язане із вихованням у людини здатності передбачити психофізіологічні наслідки техніч-

ного прогресу. Це раціональні, науково обґрунтовані методи активного впливу як на фізичну природу, так і на духовний світ людини з метою попередження захворювань і укріплення здоров'я. В наш час у людини зростає не лише потреба бути здоровою, але і відповідальність за збереження і укріплення здоров'я. На життєдіяльність людей, їх побут, стиль і рівень життя особливий вплив має екологічна сфера. Залежність способу життя людини від природних умов опосередковується соціальними відносинами. Природне середовище, приймаючи участь у формуванні способу життя, є активним фактором, що впливає на фізіологічні, психологічні і суспільні елементи життя людини. Стан екологічного середовища повинен стати одним із показників здорового способу життя.

З врахуванням сказаного вище про соціальну і біологічну детермінацію способу життя можна визначити деякі риси поняття «здоровий спосіб життя». Останній характеризується узгодженістю біологічних і соціальних сторін життєдіяльності людей, в процесі якої в максимальній степені проявляється свобода фізичної, психічної і соціальної активності людини.

Характерно, що різні сторони способу життя (соціальні, психічні, природні) змінюються нерівномірно. Найбільш швидкими темпами змінюються виробничо-трудові відносини, споживчі потреби людей, їх знання, розширюються комунікативні зв'язки і індивідуальні способи самовираження і самоутвердження особистості.

Такі риси способу життя, як традиції (національні, сімейні, побутові), психічний склад і тим більше біологічно обумовлені властивості, особливості, адаптація і дезадаптація організму до нових умов існування, змінюються значно повільніше.

Спосіб життя безпосередньо пов'язаний із реалізацією індивідом своїх соціальних, психічних і фізичних здібностей. При цьому враховуються певна лінія поведінки індивіда, ті цінності установки, які направлені на самовираження і утвердження психофізіологічного потенціалу, яким володіє людина.

Отже, філософія при вивченні способу життя розглядає його зміст всестороннє, з врахуванням екологічних, медичних і психологічних факторів. На цьому шляху відкриваються нові підходи в

комплексному дослідженні способу життя, який має велике значення для нормальної життєдіяльності людини.

4.2.2 Психічна хвороба. МКХ-10

З початку розвитку наукової психіатрії пропонувалася безліч класифікацій психічних хвороб, що відбивають різні точки зору щодо природи розладів психічної діяльності. Принципи їхнього групування в основному йшли коріннями в класифікацію хвороб у загальній медицині, але зберігали при цьому свої особливості. Причиною неоднозначного підходу до нозологічної проблеми в загальній медицині й у психіатрії стало насамперед неоднакове співвідношення між порушеннями функції й морфологічних змін в органі або системі органів. Відомий вітчизняний патолог І. В. Давидовський, маючи на увазі соматичну медицину, затверджував, що хвороба – це комплекс патологічних процесів, що дають ті або інші досить характерні й у той же час динамічні клініко-анатомічні картини. На відміну від цього в більшості випадків психічних захворювань клініко-анатомічні паралелі відсутні, і діагностувати психічну хворобу на підставі дослідження неможливо. Таким чином, у психіатричному діагнозі випадає патологоанатомічний критерій, що має важливе значення для диференціації й діагностики хвороб у соматичній медицині.

Кожна психічна хвороба, подібно соматичної, несе в собі біологічний радикал: фактор спадковості, патофізіологічні механізми порушень вищої нервової діяльності, безпосередні впливи навколишнього природного середовища. Але психіатрія відрізняється від інших клінічних медичних дисциплін тим, що вона особливо акцентує соціальні відносини людини. Зв'язок людини з навколишнім середовищем, як пише французький психіатр Анрі Ей (1900-1977), не обмежується законами природи, але визначаються культурою, тобто цінностями, які утворюють структуру мислячої істоти. Система відносин людини в суспільстві – це не тільки проблема його пасивної адаптації до навколишнього середовища, але і його здатність робити вільні вибори: я сам вирішую, і це

відкриває дорогу до моєї волі. Суть психічної хвороби полягає в тім, що вона обмежує волю діяти за своїм вибором.

Пряма й безпосередня залежність психічної патології від культурних цінностей і традицій суспільства, соціальних відносин, етичних і моральних норм веде до того, що загально-медичні, клініко-біологічні критерії психіатричного діагнозу часто уступають соціально-психологічним і психопатологічним. Центр ваги в розумінні етіології й патогенезу психічного захворювання зміщається від механізмів впливу зовнішніх природних факторів до індивідуальних властивостей особистості людини в системі суспільних відносин. Відповідно до цього традиційний для загальної медицини етіологічний принцип класифікації хвороб у психіатрії виявляється розмитим, і реалізувати його можливо лише у відношенні до кола типових екзогенних психозів: інфекційних, інтоксикаційних. При гострій і грубій поразці мозкової діяльності в психічній хворобі з усією виразністю виступає етіологічний фактор, установлюються клініко-анатомічні паралелі, і захворювання здобуває всі головні властивості, властивому поняттю хвороби в загальній медицині. Але ті ж екзогенні шкідливості у випадку менш грубого, хронічного впливу на організм людини викликають зміни в психічній діяльності, у яких складно переплітається роль різноманітних видових і індивідуальних його властивостей: спадкоємних, фізіологічних, психологічних, особистісних. В інших випадках ці видові й індивідуальні властивості виступають на перший план і самі стають – причиною психічного захворювання. Урахувати всі ці складні відносини необхідно при встановленні діагнозу. Але часто вони стають перешкодою на шляху діагностики.

Недосконалість класифікацій психічних хвороб протягом усього періоду розвитку психіатрії створювало серйозні труднощі відносно однотипної діагностики не тільки в різних країнах, але й у межах однієї країни. І хоча практика лікування, профілактики психічних розладів і організації психіатричної допомоги населенню постійно вимагає поділу різноманітних форм психічної патології по групах, зусилля багатьох поколінь психіатрів у цьому напрямку не привели до встановлення чітких границь психічних хвороб, що дозволяють діагностувати їх одноманітно. Між близькими по своїй природі психічними захворюваннями існують плавні переходи.

Ця безперервність (континуум) дозволяла багатьом психіатрам говорити про існування єдиного психозу, у рамках якого можна розрізняти окремі його стадії й варіанти, що характеризуються перевагою тих або інших клінічних проявів.

Великий внесок у розробку деяких аспектів теорії психіатричного діагнозу був внесений А. В. Снежневським. На підставі встановлених у медицині загально-патологічних закономірностей він розрізняє в психічних хворобах стійкі психічні зміни, що визначають готовність до психічного захворювання (pathos) і властиво хворобливий процес, динамічне, поточне захворювання (nosos). Клінічним вираженням pathos служать негативні симптоми, що існують у хворого з моменту народження або утворюючий стійкий психічний дефект внаслідок самої хвороби. До них ставляться стійкі аномалії особистості, зниження інтелекту, погіршення якості всіх психічних процесів в наслідок органічної поразки головного мозку, зниження енергії поводження й апатія в результаті перенесеного психічного захворювання, стійка дисгармонія характеру й усього психічного складу хворого. Дефект може бути різко вираженим або незначним, що представляє собою лише із працею помітне тло основних психічних порушень. Але у всіх випадках він відрізняється загальними особливостями: бідністю клінічних проявів з малою кількістю симптомів і стабільністю, практичною необоротністю.

Поточний хворобливий процес – nosos – визначається розвитком позитивних (продуктивних) симптомів: невротичних, афективних, маревних, симптомів порушеної свідомості. На відміну від негативних їм властиве багатство й розмаїтість проявів, мінливість, оборотність. Позитивні симптоми визначають приналежність психічних розладів до того або іншого психопатологічного синдрому. Але специфічність віддають синдрому не позитивні, а негативні симптоми. Так, подавлене настрій з думками про самогубство може виникати як у зв'язку зі спадкоємною обтяженістю, так і в результаті склерозу мозкових посудин. Але специфіку депресивному синдрому надає не сам факт зниження настрою, а ті стійкі зміни особистості, на тлі яких воно виникає: в одному випадку шизоїдні особливості характеру із замкнутістю й емоційною

холодністю, а в іншому – органічне зниження особистості внаслідок поразки мозкових посудин. У схоплюванні психіатром цілісної картини психічних розладів з їх особливостями позитивні симптоми відіграють роль фігури (гештальта), а негативні – тла, що накладає особливий відбиток на характер синдрому так само, як виконання однієї й тієї ж музичної мелодії оперною співачкою або ансамблем заварних інструментів визначає жанр художнього твору.

Нозологічна специфічність психопатологічних синдромів навіть із урахуванням формотворного впливу негативних симптомів є відносною. У точному значенні психопатологічний синдром специфічний не у відношенні до кожної хвороби окремо, а у відношенні до групи психічних захворювань «родинної» етіології. Так, можна говорити про специфічні особливості психопатологічних синдромів при психогенних,, ендогенних захворюваннях. Але спроби знайти диференційно-діагностичні розходження в психопатологічній картині інфекційних психозів малярійної й вірусної грипозної етіології не будуть успішні. Точно так само недостовірним буде диференціальний діагноз пухлини головного мозку й ревматичного енцефаліту на підставі даних одного лише психопатологічного аналізу. Поза загальним клінічним обстеженням, включаючи анамнез захворювання, вивчення розвитку хвороби, даних сомато-неврологічного, лабораторного дослідження, психопатологічний аналіз у більшості випадків не дозволяє переконливо діагностувати хвороба. Це висуває особливі вимоги до загальної клінічного, ерудиції психіатра. Можна сказати, що якщо психіатр – не лікар, то він і не психіатр.

В оптимальному варіанті діагноз психічної хвороби, як і будь-який інший діагноз, повинен бути об'єктивним і відтвореним у випадку обстеження того ж хворого іншим лікарем. На жаль, ця мета досягається не завжди. Причиною тому служать не тільки неоднозначні клінічні установки психіатрів різних шкіл і напрямків, але й недосконалість нозологічної системи, що не дозволяє дати відповідь на багато питань при встановленні діагнозу. Прикладом може служити звичайне спостереження в повсякденній клінічній практиці, коли у хворого із церебральним атеросклеро-

зом виникає невротичний розлад. Психопатологічне дослідження виявляє при цьому виражені приблизно рівною мірою симптоми, характерні як для групи психогенних, так і для групи органічних захворювань. Критично настроєний стосовно самого себе психіатр, змушений ставити діагноз, робить це «з нечистою совістю», опираючись не стільки на дані клінічних і лабораторних досліджень, скільки на свої суб'єктивні переваги.

Виправдано розробку єдиної міжнародної класифікації, заснованої на конвенціональні (умовно прийнятих) критеріях розмежування психічних хвороб, що дозволила б психіатрам різних шкіл і напрямків діагностувати розладу психічних функцій, користуючись стандартизованими поняттями й термінами. Цим створюються умови для об'єднання психіатрів різних країн у пошуках шляхів подальшого вивчення психічних захворювань і психічного оздоровлення населення.

Прийняте на сучасному етапі розвитку психіатрії угруповання психічних розладів представлена в Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКБ-10). Діагностичні рубрики, що входять до неї (F) складаються в п'ять блоків, які можуть бути прирівняні до основних груп психічних захворювань у класичній європейській і вітчизняній психіатрії: органічні розлади – F0; розлади внаслідок уживання психоактивних речовин (наркологічні захворювання) – F1; шизофренія, маревні розлади (ендогенні захворювання) – F2; афективні розлади – F3; невротичні розлади – F4; особистісні розлади – F5; розлади зрілої особистості – F6; розумова відсталість – F7; порушення психологічного розвитку – F8; поведінкові та емоційні розлади, які починаються в дитячому віці – F9. Відмова від ортодоксальних принципів системи в МКБ-10 усуває багато нерозв'язаних проблем діагностики, але надмірно спрощує уявлення про сутність психічної патології, створені європейською психіатрією за багато десятиліть її існування. Остання повинна доповнювати сугубо прагматичне угруповання психічних розладів, почату Міжнародним психіатричним співтовариством. Велике значення при роботі над нею надавалося досягненню високої відтворюваності в діагностичних оцінках різними клініцистами, але вона не повинна підмінювати собою концептуальних

класифікацій, що зберігають своє значення для психіатричної науки й практики (С. Ю. Циркин).

Синдроми функціональних психогенних розладів психічної діяльності: Тривожні й фобічні розлади. Одержимість. Неврастенічний синдром. Афективні розлади. Суїцідальні реакції. Понад цінні ідеї. Маревні розлади. Шизоафективні розлади. Органічні психопатологічні симптоми. Психопатологічні синдроми при мозковій патології, що гостро розвивається. Психопатологічні синдроми при хронічній мозковій патології. Посттравматичні стресові розлади. Синдроми ендогенних психічних захворювань. Афективні розлади, або розладу настрою

Психопатологія – це загальне вчення про закономірності психічних захворювань. Воно містить у собі семіологію – вивчення й опис окремих ознак психічних розладів (симптомів), тридцятилітніх у закономірному своєму сполученні психопатологічні синдроми. Крім того, психопатологія вивчає особливості динаміки синдромів у процесі хвороби, загальні питання етіології й патогенезу психічних захворювань.

Психічна патологія людини відрізняється більшою різноманітністю клінічних проявів і механізмів розладів психічної діяльності. Тому виявлення й вивчення її закономірностей натрапляє на труднощі. У зв'язку із цим деякими авторами пропонувалося вивчати загальні закономірності в рамках окремих нозологічних форм або в окремих групах психічних захворювань. У такому виді загальне вчення про психічні хвороби прийнято позначати як клінічну психопатологію.

Синдроми функціональних психогенних розладів психічної діяльності.

Поняття функціонального в психіатрії вживається у двоякому змісті. З давніх часів воно прирівнювалося до поняття психогенного, тобто викликаного психічними факторами, що безпосередньо міняють щиросердечний стан людини. У них довгий час бачилася основна й головна причина психічних захворювань. З іншого боку, до функціонального відносять психічні розлади, при яких відсутні морфологічні зміни в речовині головного мозку, його просторах і оболонках, які можуть бути виявлені за допомогою застосовуваних у медичній практиці патологоанатомічних дослі-

джень і з якими припустимо зв'язати порушення психічної діяльності.

Інформативність поняття підвищується, коли терміни «функціональне» і «психогенне» уживаються спільно. Вони характеризують собою порушення в сфері найбільш складних психічних функцій, що забезпечують вищий рівень відбиття людиною соціальних зв'язків і його адаптивне поводження. Французький психіатр П'єр Жані (1859 – 1947) писав: у кожній функції є нижчі й вищі частини. Є, крім того, частина особливо висока, що складається в пристосуванні до сукупності зовнішніх і внутрішніх умов. Так, функція харчування повинна відбутися в той момент, коли я повинен взяти їжу на тім столі, серед от цих нових осіб, у присутності яких я ще ніколи не був у такому положенні, надягти особливий костюм і пристосувати своє тіло й свій дух до зовсім особливих соціальних звичаїв. Це, по суті, усе та ж функція харчування, але акт обіду в гостях зовсім не те ж фізіологічне явище, що процес відділення підшлункової залози. Медицина не може ігнорувати цього, тому що хвороба нас не запитує й не завжди вражає ті функції, які нам краще відомі.

Психогенні захворювання виникають не тільки у зв'язку із приголомшливими, драматичними подіями в житті, такі як, смерть близьких людей, загроза життю й т.п. Психічний конфлікт, що веде до розвитку захворювання, частіше проявляється в тім, що в людини виникають життєві труднощі, які вони не мають сил перебороти, але з якими не може й упокоритися. Виявити й розпізнати конфлікт, що послужив причиною психічних розладів, буває важко не тільки тому, що багато хворих свідомо приховують від лікаря події життя, які характеризують їх у невигідному для себе світлі або являють собою сімейну таємницю, складні відносини з іншими людьми, розголошення яких представляється хворому небажаним. Нерідко тяжкі спогади, пов'язані з переживанням своєї провини й сорому, витісняються зі свідомості хворого, і він виявляється не в змозі їх відтворити. Подібна ситуація складається, наприклад, у жінки з високими моральними установками, що через обставини, що склалися вийшла заміж за нелюбиму людину й не може перебороти внутрішньої ворожості до нього, відрази до його пещень і сексуальної близькості. Зберігаючись у сфері несвідомого, цей конфлікт проте викликає стан стійкої

емоційної напруги – фрустрація. Вона не знаходить природного вираження в поводженні хворої, що диктується її моральністю й почуттям боргу. Така жінка при бесіді з лікарем щиро запевняє його, що сімейне життя в неї зложилася благополучно.

4.2.3 Психосоматичні та соматопсихічні відносини. Психосоматика

Медична психологія, що представляє галузь психологічної науки, досліджує особливості психосоматичних і соматопсихічних взаємовпливів, вирішує задачі теоретичного і практичного характеру, спрямовані на діагностику захворювань та патологічних станів, розв'язує питання, пов'язані з психопрофілактикою, психокорекцією і психотерапією хворих, їх соціальною та трудовою реабілітацією. Розвиток медичної психології сприяв виникненню ряду психологічних наукових дисциплін: нейропсихології, патопсихології, неврозології, клінічної психотерапії, психофармакології, психології девіантної поведінки, психосоматичної медицини та ін. Психосоматична медицина, яка є одним з напрямків клінічної психології, вивчає вплив психологічних факторів на виникнення і розвиток соматичних захворювань. Соматичне і психічне, не дивлячись на наявне якісне розходження, у реальності представляють різні сторони єдиного організму, що реагує на порушення гомеостазу незалежно від того, якими причинами викликається зміна: внутрішніми або зовнішніми.

До початку XIX століття питання про взаємовідносини психічного та фізіологічного у походженні захворювань розглядалося в двох напрямках. Представники психосоматичного підходу провідну роль у походженні ряду захворювань відводили психіці. Прихильники соматопсихологічного підходу, навпаки, виходили з домінування тілесного початку в генезі захворювань. Спочатку термін «психосоматичний» ужив німецький психіатр І.К. Гейнрот (J.K. Heinroth, 1818) при описі психоемоційних зрушень. Пізніше М. Якобі вводить термін «соматопсихічний» (M. Jakobi, 1822), тим самим підкреслюючи провідну роль тілесного в етіології захворювань нервово-психічного характеру. Психосоматична медицина,

що виникла у XX ст., стала розглядати психічний фактор у якості однієї з важливих ланок загального патогенезу. Одним з родоначальників медичної психології є Е. Кречмер. Внесок у розвиток цієї науки внесли праці І.М. Сєченова, В.М. Бехтерєва, І.П. Павлова, С.Я. Рубінштейна, Б.В. Зейгарник, Б.Д Карвасарського, В.М. Блейхера й ін.

За даними ряду досліджень (Stromgren E., Lunn V.), у 30,0% хворих, що пред'являють соматичні скарги, порушення викликані розладами неврогенного характеру. 22,0% осіб із психосоматичними скаргами віднімають у лікарів поліклінік і стаціонарів 50,0% робочого часу. Розглядаючи проблему відповідальності і професіоналізму у взаємодіях лікаря і хворого, В.А. Роменець пише: «Положення лікаря в сучасному світі відбиває перетинання всіх макро- і мікроконфліктів людського життя... Перед ним не просто та або інша хвороба в тій або іншій ділянці тіла, у тій або іншій суб'єктивно-психологічній структурі, а життєва доля людини. Будучи фахівцем у своїй області, лікар так чи інакше виявляється психологом, що направляє, дисциплінує поведінку хворої людини, особливо у важких для неї екстремальних, екзистенціальних ситуаціях».

Існує ряд соматичних захворювань, що виникають у результаті психологічної перенапруги, екстремальної ситуації, внутрішньоособистісного або міжособистісного конфлікту, у етіопатогенезі яких значення психологічного фактора є визначальним. До таких психосоматичних захворювань відносять соматичні хвороби, у етіології яких першовизначальними є психотравмуючі переживання, що носять гострий або затяжний характер. Зовнішній або внутрішній подразник викликає в мозку відповідні реакції, що активізують нейроендокринну та вегетативну системи організму. Впливаючи на сенсорні системи, будь-який зовнішній фактор здатний викликати реакцію напруги. Будь-який афект (страх, тривога, туга й ін.), діючи на нейро-вегетативну й ендокринну системи, приводить до змін на соматичному рівні. Свідоме придушення зовнішнього психомоторного і/або вербального вираження страху, тривоги та ін. не знімає напруги, а перенаправляє стимули з центральної нервової системи в автономну область, що виража-

ється в патологічних змінах внутрішніх органів і систем. П.К. Анохін розділяє компоненти емоційного відреагування на керовані і некеровані. Придушення зовнішнього прояву емоцій не усуває їхнього виходу на фізіологічному рівні (судинна реакція, реакція ШКТ і ін.). І.П. Павлов відзначав: «Для вірного наукового розуміння наших нервовопатологічних симптомів і успішної боротьби з ними потрібно розстатися з розгалуженням психічного та соматичного, що настільки в нас вкоренилося». На думку І.П. Павлова, саме порушення сили і рухливості збудження та гальмування, а також порушення відносин між сигнальними системами, що відбуваються у результаті психотравм, складають сутність психогеній.

Основною сполучною ланкою між психологічною і соматичною сферами є афект. Відсутність зовнішніх проявів афекту не виключає його патогенної дії на організм унаслідок викликаних змін у судинній системі і внутрішніх органах. Це свідчить про тенденції психосоматичних захворювань до саморозвитку. Незалежно від психотравмуючої ситуації, що триває або ні, стрес породжує в головному мозку відповідну реакцію, яка викликає функціональні зміни органів, внаслідок активізації нейроендокринної і вегетативної систем.

П.К. Анохін у походженні захворювань психосоматичного характеру значну роль відводив негативним емоціям. На його думку, яка здобула широке поширення, термін «затримані емоції» є необґрунтованим, тому що виниклий емоційний розряд затримати неможливо. Він розрядиться неминуче на рівні внутрішніх органів і периферичних систем організму. Мова може йти тільки про затримку окремих компонентів емоційного розряду, які підкоряються корковому контролю. Безумовно, сила і глибина психосоматичних порушень обумовлені індивідуально-психологічними характеристиками особистості, рівнем психічного розвитку, поведінковими стереотипами й особливостями виховання, специфікою реакції на ситуацію, що фруструє, способом переробки внутрішньоособистісного конфлікту і знаходиться у прямій залежності від ступеня резистентності організму до стресу. Своєчасне включення методів психологічного захисту дозволяє

індивідові зберегти своє психічне і фізичне здоров'я і, навпаки, порушення такого захисту сприяє виникненню неврозу або психосоматичного захворювання.

Негативні зміни, що відбуваються в організмі внаслідок реакції особистості на стрес або фрустрацію, залежать від способу переробки індивідом внутрішньоособистісного конфлікту. Перевага психологічних і психопатологічних проявів свідчить про невротичний характер розладів. Даний тип реагування спостерігається в умовах гострого і хронічного стресу. Психосоматичні розлади, що виражаються соматичними еквівалентами психічних розладів, частіше за все, зустрічаються при хронічному стресовому впливі і тривалій фрустрації.

Розрізняють чотири групи психосоматичних розладів: конверсійні симптоми, функціональні синдроми (органні неврози), психосоматичні захворювання (психосоматози), психосоматичні розлади, пов'язані з особливостями особистісної поведінки і реагування. Конверсійні симптоми представляють собою первинні психічні прояви невротичного конфлікту, які не стосуються тканинних структур організму. До них відносяться істеричні паралічі, блювота, сліпота і глухота психогенного характеру, больові відчуття. Функціональні психосоматичні синдроми (вегетоневрози) є неспецифічним наслідком фізіологічного супроводу емоцій або психічних станів і представляють набір симптомів, що стосуються різних органів та систем організму: серцево-судинної, шлунково-кишкової, сечостатевої, дихальної і рухової (масковані депресії, мігрень, вегето-судинна дистонія, кардіоневроз та ін.). В основі психосоматозів лежить соматична реакція на психологічно значущі для особистості зовнішні подразники. При цьому на вибір органа може впливати спадкова схильність. Провокуючим фактором загострення виступає психічний стрес. Захворювання має звичайно хронічне або рецидивуюче протікання. Особливістю даної групи розладів є поступовий перехід від функціональних зрушень у внутрішніх органах до деструктивних процесів і органічних змін у них. До класичних психосоматичних хвороб, у етіопатогенезі яких роль психологічних факторів є клінічно доведеною, відносять: ессенціальну гіпертонію, бронхіальну астму, виразкову

хворобу шлунка і дванадцятипалої кішки, неспецифічний виразковий коліт, ревматоїдний артрит, гіпертеріоїдний синдром, нейродерміти (екзема і псоріаз) (так звана, «holy seven», Alexander, 1968).

Для хворих зі спадковою ессенціальною артеріальною гіпертензією характерний внутріособистісний конфлікт між агресивними імпульсами, націленістю на досягнення високих соціально значимих цілей та життєвих стандартів і потребою в залежності від значимих близьких. Особи, схильні до гіпертонічної хвороби, прагнуть стримувати як позитивні, так і негативні емоції. Схильність до постійного придушення агресивних емоцій призводить до накопичення та хроніфікації негативних стресових впливів. З метою вивчення ролі психічної напруги в ґенезі артеріальної гіпертензії, на базі Сухумского мавпячого розплідника були проведені дослідження. Самка, що довгий час проживала в одній клітці із самцем, була пересаджена в сусідню клітку до іншого самця. У результаті тривалої негативної емоційної реакції, яка була викликана спостереженням за активними залицяннями нового самця за його самкою, у першого самця виникла стійка нервова перенапруга, що призвела до стійкого підвищення артеріального тиску. Відомий клініцист А.Л. М'ясников, прагнучи підкреслити кортикальне, психогенне походження ессенціальної гіпертензії, називав дане захворювання «неврозом мозкових судинних центрів». Стенокардія й інфаркт міокарда характерний для осіб з розвиненим почуттям відповідальності, нетерплячих, квапливих, емоційно лабільних. На думку Ф. Дюнбара (F. Dunbar, 1948), коронарній особистості притаманні агресивно-компульсивні риси, прагнення до завойовування авторитету і повне занурення в роботу. Г.Ф. Лангау на підставі клінічних спостережень прийшов до висновку про провідне значення психічної перенапруги в патогенезі стенокардії і гіпертонічної хвороби. У виникненні бронхіальної астми істотне значення грають істеричні риси особистості, схильність до іпохондрії і підвищений рівень тривожності. У симптомах виявляється внутрішньоособистісний конфлікт між потребою в ніжності і страхом перед нею, а також суперечливість проблеми «володіти-віддати».

У формуванні виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки особлива роль приділяється неспецифічному стресові, що обумовлює гіперактивність діяльності шлунка і гіперсекрецію пепсину. Одночасне прагнення до опіки і самостійності породжує зіткнення двох взаємовиключних потреб, викликаючи нерозв'язний конфлікт, що призводить до захворювання. Виразковий коліт найбільше часто зустрічається в осіб з компульсивними особистісними рисами. На думку Александера Р. (Alexander R., 1968), до даного виду захворювання призводить фрустрування потреби своєї залежності. Агресивні тенденції стосовно об'єкта залежності породжують тривогу і почуття провини. Утрата відносин зі значимим об'єктом несвідомо переживається як погроза власному існуванню.

На діяльність шлунково-кишкового тракту, крім порушень режиму харчування і зловживань шкідливими речовинами (алкоголь, нікотин), істотний вплив чинять нервово-психічна перенапруга і негативні емоційні переживання. Так, гіпофункції шлунка сприяють психічні потрясіння, депресія, почуття страху. Гіперфункції – гнів, обурення, злість. У результаті спостережень за змінами, що відбуваються в слизовій оболонці при виникненні психічних порушень у хворих з накладеною фістулою шлунка, було відзначене посилення активності діяльності шлунка, що супроводжується гіперемією і набряком його слизових покровів, унаслідок відчування хворими почуттів глибокого розчарування і придушення душевних переживань. Тривалість конфлікту, що викликає негативні емоції, підсилює ламкість тканевих мембран, що згодом, навіть при незначних психічних травмах, знижуючи резистентність слизових оболонок до подразника, сприяє виникненню ерозій і точкових крововиливів.

Показовий досвід Портера, що досліджував вплив психічної напруги на організм приматів. Дві пари здорових мавп, що склалися з тварин з різними типами реагування, закріпили в спеціальних кріслах, до яких був підведений електричний струм. Мавпам з активним типом реагування надавалася можливість переривати повторюваний електричний розряд, що подавався дослідником як подразник кожній парі тварин, за допомогою важеля. Дослідження мало шести-

годинну періодичність. У результаті спостережень був відзначений високий рівень адаптації в мавп з активним типом реагування, що успішно уникали дії електричного розряду, завдяки своєчасному натисканню на важіль. При цьому, у тварин з активним типом реагування була зафіксована наростаюча інтенсивна нервова напруга, яка не припинялась. У мавп із пасивним типом реагування ознак нервової напруги виявлено не було. Після експерименту, що проходив безупинно протягом трьох тижнів, у двох мавп з активним типом реагування була діагностована виразка дванадцятипалої кишки (в однієї з тварин – прободна, що в наступному призвело до летального виходу). У мавп із пасивним типом реагування після медичного обстеження ніякої патології зафіксовано не було.

Розрізняють три типи діяльності товстого кишечнику: правобічна перистальтика при одночасному тривалому укороченні і звуженні лівої ділянки кишечнику; тонічні сегментарні скорочення кишечнику, що підсилюють усмоктування рідини; зниження рухової активності товстої кишки, що супроводжується релаксацією мускулатури і збільшенням просвіту кишки. У стані гострого страху і/або конфліктної ситуації відбувається посилення перистальтики кишечнику і скорочення усмоктування рідини, що викликає діарею. У стані депресії і дистимії перистальтика зменшується, викликаючи явища диспепсії, що сприяють утрудненню дефекації. Особи з вираженою психомоторною загальмованістю й у стані депресії схильні до гіпотонії кишечнику.

Для гіпертеріозу характерна спадкоємна схильність. Як правило захворюванню передує сильне емоційне переживання. Особи, що страждають гіпертеріозом активні, справляють враження зрілої особистості, однак у деяких ситуаціях виявляють страх, пригніченість і слабкість через нездатність розв'язати конфлікт. Нейродерміти психосоматичної етіології найбільше часто зустрічаються в осіб пасивних, що відчувають проблеми, пов'язані із самоствердженням. Ревматоїдний артрит характерний для осіб з тенденцією до високого рівня самоконтролю, схильних до самопожертви, що демонструють гіперболізовану готовність до надання допомоги оточуючим.

До психосоматичних розладів, пов'язаних з особливостями особистісної поведінки і реагування, відносять схильність до травм і різних видів поведінки, що є саморуйнуючою (алкоголізм, наркоманії, табакопаління, анорексія, булімія, і ін.). Дані розлади обумовлені особистісною предиспозицією і специфікою емоційних переживань індивіда, які сприяють розвитку анозогнозичної, пов'язаної з ризиком для здоров'я поведінки. На наш погляд, до четвертого типу правомірно віднести такі види саморуйнівної поведінки, як поведінка осіб, що страждають залежностями, побудованими на вживанні психоактивних субстанцій з метою досягнення стану зміненої психічної діяльності (алкоголізм, наркоманії, табакопаління, токсикоманія, медикаментозна залежність), так і поведінку осіб, що відчувають залежність, не засновану на вживанні психоактивних субстанцій, тобто осіб, які страждають такими видами нехімічних адикцій: гемблінг; харчові адикції (нервова анорексія, і булімія) (Короленко Ц. П., Дмитрієва Н. В., 2000; Gold et al., 1997; Reid, Burr, 2000); екстремальні види спорту; прагнення до невиправданого ризику і створення небезпечних ситуацій (т.зв. стан перманентної війни) (Постнов В.В., Дереча В.А., Карпець В.В. 2004); інтернет-адикцію (M. Griffiths, 1995, I. Goldberg 1996, M. Orzack, 1998, K. Young, 1998), а також спортивну адикцію, пов'язану з використанням анаболіків і стероїдів. Усі форми поведінки, основною метою яких не є добровільна смерть суб'єкта, але дотримуючись якої він навмисно або ненавмисно наносить шкоду власному психічному і фізичному здоров'ю, і які ведуть до соціальної, психологічної і фізичної дезадаптації, деградації особистості або становлять підвищену небезпеку для життя і здоров'я суб'єкта (травматизація, інвалідізація або висока імовірність летального результату), є явними або схованими формами саморуйнівної поведінки.

Психосоматичні взаємовпливи можуть не тільки змінювати звичну діяльність індивіда, але й, вступаючи в протиріччя з інстинктом самозбереження, викликати аутоагресивні дії. Французький лікар Лобрі приводить вчинок воєначальника в ході бойових дій, що під час атаки, відчувши приступ різкого серцевого болю,

нерухомо застиг під шквальним обстрілом супротивника. Не дивлячись на реальну смертельну небезпеку, яка загрожувала його життю, він продовжив наступ, тільки дочекавшись закінчення приступу. Лакосіна Н.Д. і Ушаков Г.К. повідомляють про встановлення в результаті досліджень, зв'язку між особливостями характеру, особистісними типами реагування і метаболізмом біологічно активних речовин, тобто між психічними і соматичними явищами, що свідчать про зв'язок соціального і біологічного, як у психічно здорових осіб, так і в осіб з нервово-психічними розладами. Одним з варіантів такого зв'язку виступає дисоціація потреб, цілей і мотивів діяльності, яка виражається в зміні рівня тривожності, що у свою чергу викликає порушення метаболізму нейромедіаторів. Емоційна реакція може викликати зміну кров'яного тиску, частоту серцевих скорочень і обсягу дихання, впливати на швидкість кровотока, зміну термічних показників тіла і ряду інших вегетативних функцій. Також відзначаються минущі або стійкі порушення обмінних процесів, зокрема секреції адреналіну, що робить вплив на показники обміну тирозину і його похідних. Для клініки психогенних захворювань характерні такі вегетативні порушення, як зміни артеріального тиску, серцевого ритму і частоти дихання та ін. У результаті гострої реакції на стрес відбувається різке кортико-вісцеральне зрушення рефлекторного характеру, що викликає вегетативні і метаболічні зміни, які порушують діяльність органів і найбільш реактивних систем організму, що виявляється в декомпенсації найменш резистентних. Реакція на стрес залежить від ступеня психологічної резистентності індивіда і може проявлятися, в залежності від його психологічних та фізичних особливостей, а також особистісної значущості психотравмуючої ситуації, у вигляді емоційного реагування та виникнення соматичних захворювань до розвитку суїцидальної поведінки.

4.2.4 Соціально-психологічні аспекти суїцидології

Суїцід, як психологічний феномен (поведінка, причини, мотиви). Феномен суїциду в загально психологічному аспекті трактують як поведінку людини, спрямовану на її самознищення. Це

складна форма поведінки, на яку впливають психологічні, соціальні, ідейно-філософські, біологічні, геоксомічні та інші чинники. Існування молодої людини в суспільстві охоплює різноманітні зв'язки, що передбачає сукупність її поведінкових реакцій.

Суїцид (лат. – себе вбивати) – навмисне самоушкодження зі смертельним фіналом. Ключовими чинниками, що призводять до самогубства, вважають психологічні. У структурі суїцидальної поведінки виокремлюють внутрішню (психічну) форму: думки, уявлення, задуми про суїцид, емоційні переживання, наміри; та зовнішню (дієву) форму: суїцидальні спроби і завершені суїциди.

Самосвідомість людини визначається суспільством, до якого вона належить. Дисбаланс між суспільним і особистісним у структурі психіки призводить до відхилень у його поведінці, зокрема, до суїциду. Чим гармонійніше узгоджене суспільне й особистісне в людині, тим краще вона адаптована до життя. У екстремальній ситуації чи ситуації соціальної напруженості зникає психологічний комфорт та загострюються особливості індивіда: агресія, дисонанс, депресія, неадекватність самооцінки, девіантні форми поведінки, це сприяє виникненню міжособистісних конфліктів. Протягом життя молода людина долає різні небезпеки, але у кризовій ситуації самогубство може стати способом вирішення проблеми, у нього може бути мета, свій смисл, специфічна мотивація: протест, заклик, уникнення страждань, самопокарання, відмова, тощо.

Науковцями було досліджено, що на рівень суїцидальності впливають нові технічні засоби передавання інформації. Так, відомий російський адвокат Анатолій Коні у своїй праці «Самогубство в законі і в житті» (1923р.) розкрив «сумну роль» кінематографа, друкованих видань і навіть непродумано складених соціологічних анкет, що містили «методологію» форм і способів самогубств, з якими йому як юристу часто доводилось стикатися.

У час бурхливого розвитку засобів масової інформації, комп'ютерних ігор з поширеним у них смакуванням смерті, в тому числі і суїцидальної, тенденції самогубств поглибились. «Гіпнотизм» засобів масової інформації може стимулювати навіть суїцидальні епідемії серед молоді, оскільки, спрацьовують механізми наслідування та емоційного зараження.

У середовищі молоді найпоширенішими соціально-психологічними детермінантами є: соціальна ізоляція (вимушене тривале перебування в умовах обмежених стосунків та цілковита відсутність соціальних контактів); групове неприйняття; зниження толерантності до «значущих інших»; внутріособистісний конфлікт між статусом і домаганнями; самотність (породжена розчаруванням у людях, втратою соціальних контактів, невизнанням індивіда на рівні міжособистісній взаємодії); соціально-психологічне відчуження (збіднення комунікативних дій); зростання незадоволення (статусно-рольові розбіжності); неадекватність ціннісного ставлення та самооцінки; комунікативна неспроможність; зниження престижу, авторитету; міжособистісні конфлікти, а також конфлікти, пов'язані з антисоціальною поведінкою.

Психопрофілактична робота, яка виступає основним джерелом попередження суїцидальної поведінки, є засобом запобігання розвитку суїцидальних сценаріїв. Найефективнішим будуть засоби, які включають психокорекційну роботу з поведінковими розладами молоді, орієнтація на високі духовні цінності, які наповнюють сенсом життя, спрямовані на поширення світогляду особистості, який відкриє подальшу життєву перспективу.

Профілактика суїцідальної поведінки. Чому людина скоює такий жахливий вчинок? Що впливає на формування суїцидної поведінки людини? Що ми можемо зробити для попередження самогубств, особливо, серед молодого покоління? Щоб відповісти на ці запитання, нам слід знати ознаки суїцидальної поведінки, а також розглянути можливості психологічної допомоги у профілактиці суїцидів.

Якщо людина, на Ваш погляд, схильна до суїциду або мала в минулому спроби до самогубства:

Не відштовхуйте її, якщо вона вирішила розділити свої проблеми з Вами, навіть якщо Ви шоковані ситуацією, яка склалася.

Довіряйте своїй інтуїції, якщо ви відчуєте суїцидальні схильності в будь-якому індивіді. Не ігноруйте застережливі знаки.

Не пропонуйте того, що не в змозі гарантувати, наприклад, «Звичайно, сім'я тобі допоможе».

Дайте знати, що хочете їй допомогти, але не бачите необхідності в тому, щоб держати все в тайні, якщо будь-яка інформація може вплинути на її безпеку.

Зберігайте спокій і не осуджуйте, незалежно від того, що кажете.

Кажіть щиро. Спробуйте визначити серйозність загрози.

Знайте, що суїцидальні думки не завжди призводять до спроб самогубства. В дійсності він/вона, поговоривши з ким-небудь про свої проблеми, зможуть відчути полегшення від усвідомлення проблеми.

Намагайтеся узнати, є в неї/нього план дій. Конкретний план – це знак дійсної небезпеки.

Переконайте його/її в тому, що є насправді така людина, до якої можна звернутися за допомогою.

Не пропонуйте полегшених рішень, наприклад «Все, що тобі зараз треба, це поспати. Вранці все буде добре».

Покажіть, що хочете поговорить про почуття, що не осуджуєте його/її за ці почуття.

Допоможіть йому/їй справитися з кризовою ситуацією і зрозуміти, що сильний стрес заважає повністю усвідомити ситуацію. Переорієнтуйте на інші інтереси для найповнішого проявлення і розвитку особистості.

Допоможіть знайти людей чи місце, які б допомогли знизити стрес.

Зверніться разом з ним/нею до фахівців.

Вибір напряму психотерапевтичної та психокорекційної роботи фахівця-психолога залежить від конкретного випадку, адже підхід до людини у кризисному стані має бути індивідуальний.

У рамках, наприклад, когнітивної психотерапії пропонуються заходи, спрямовані на пізнання та усунення невідповідності об'єктивної реальності й основних ситуаційних установок, також сприймання дійсності в умовах суїцидогенного конфлікту.

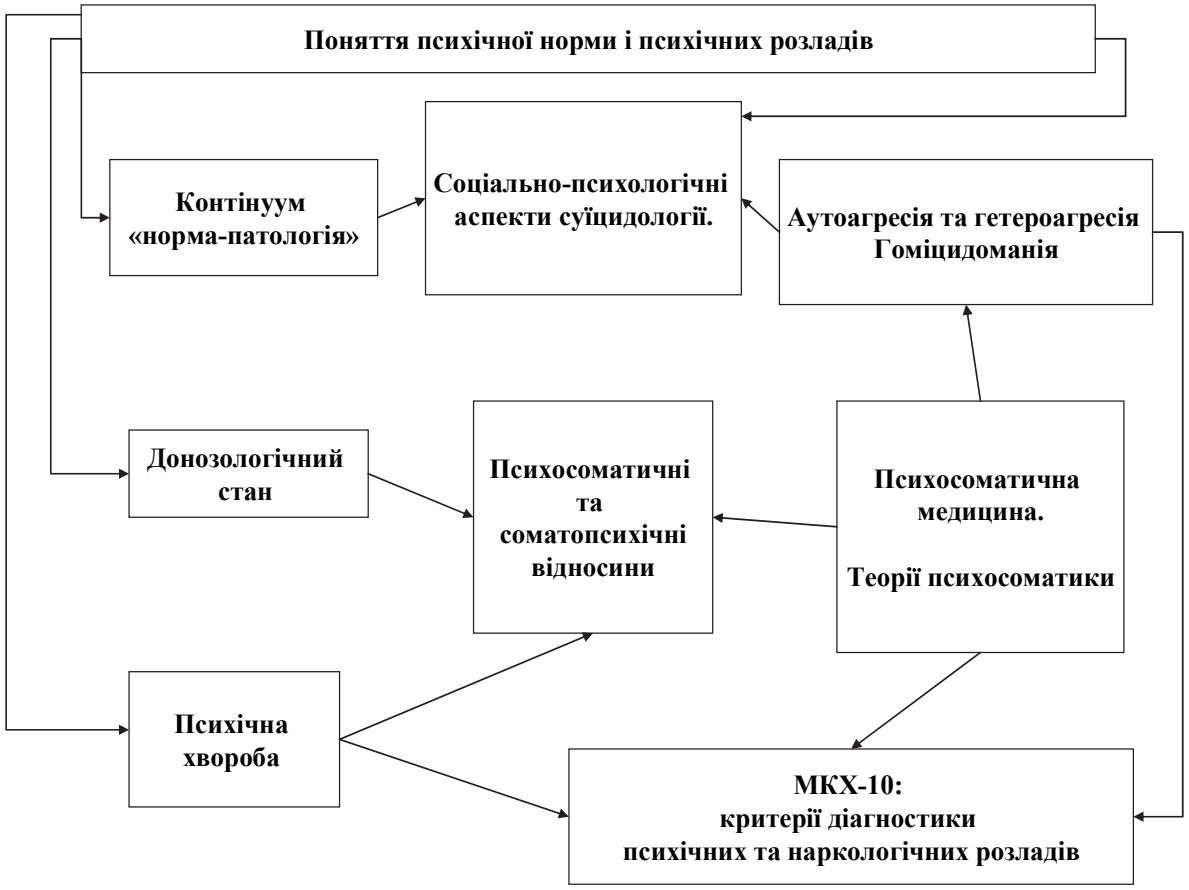
Проводиться індивідуальна та групова корекційна робота, яка полягає у визначенні соціально-психологічних засобів, які

стимулюють цінність життя, поліпшують якісні зміни у ставленні до суті життя та смерті – від соціально-ситуативного до особистісного сценарію, що забезпечує відповідальну поведінку у різних життєвих ситуаціях. Психолог налаштовує молоду людину на взаємодію. Зацікавлене ставлення сторін виникає тоді, коли є потреба в якійсь інформації, пораді, допомозі, якщо не вистачає власного досвіду щодо вирішення життєвих проблем. Психолог за родом своєї діяльності та особистісними якостями зорієнтований на таку допомогу: він володіє спеціальними знаннями у напрямку загальної психології, педагогічної психології, вікової психології, патопсихології, психології міжособистісних стосунків, суїцидології та ін. Усі напрямки роботи фахівця-психолога орієнтовані на розвиток самостійності, відповідальності за свої вчинки, за своє життя в цілому і тому дуже багато уваги приділяється навчанню навичкам самопізнання і самооцінки. Згідно з поглядами психологів-гуманістів (А.Маслоу, Д. Роджерс) кожна особистість володіє правом на самоцінність і гідність – кожна людина сама створює свій світ, свою долю, здійснюючи вибір. Щоб вибір був усвідомленим, потрібно пізнавати себе.

Надання психотерапевтичної допомоги спрямоване на відредагування негативних емоцій, активацію антисуїцидального бар'єра, трансформацію дезадаптивних форм волаючої поведінки і опрацювання особою руйнівних мотиваційних настанов.

Якщо Ви будете поруч із людиною, то зможете своєчасно помітити прагнення, які спричиняють їй душевний біль та підштовхують до самогубства, і зможете допомогти в скрутній ситуації, запобігти скоєнню самого страшного – загибелі молодого життя.

Формалізована структура змісту теми



Запитання для самостійної роботи

1. Континуум «норма-патологія» для розладів психіки.
2. Донозологічний стан. Психічна хвороба.
3. Поняття та загальна характеристика категорій «здоров'я», «хвороба», «передхворобливий стан».
4. Критерії діагностики психічних та наркологічних розладів за МКХ-10.
5. Загальне уявлення про структуру психіки людини.
6. Загальна характеристика основних механізмів саногенезу психічного рівня здоров'я.
7. Психосоматична медицина. Теорії психосоматики.
8. Психосоматичні та соматопсихічні відносини.

9. Аутоагресія та гетероагресія. Соціально-психологічні аспекти суїцидології.

Альтернативно-тестові завдання для самоконтролю

1. Для рішення яких практичних питань охорони здоров'я має значення визначення поняття «норма» і «хвороба»:

a- Статистики захворюваності, економіки та планування охорони здоров'я

b- Це є предметом наукових досліджень соціальної медицини

c- Стандартизації медичних визначень, які використовуються в системі охорони здоров'я

d- Визначення синдромів та симптомів нових патологічних станів

e- При вивченні захворюваності по даним звернень населення з медичною допомогою та по даним медичних оглядів

2. Поняття психічне здоров'я і благополуччя включає:

a- Відчуття повного задоволення своїм станом здоров'я і якістю життя

b- Відсутність тяжких психічних розладів

c- Відсутність неврозів та функціональних психозів

d- Відсутність різних порушень і психологічних проблем

3. За останні роки частота випадків психічних розладів в Україні має тенденцію до:

a- Зниження

b- Зростання

4. Хто частіше страждає на психічні розлади:

– Чоловіки

– Жінки

5. Важливою характеристикою психічного здоров'я населення є рівень:

a- Госпіталізації психічно хворих (на 10 тис. населення)

b- Повторної госпіталізації психічно хворих

c- Суїцидальної поведінки
d- Психоемоційної напруги в суспільстві

6. До когорт населення з високим ризиком самогубств відносяться:
a- Військовослужбовці
b- Підлітки
c- Чорнобильці
d- Хворі на алкоголізм та наркоманію
e- Психічно хворі
ж- Сільське населення

7. Яким із перерахованих нижче факторів обумовлено розвиток нервово-психічних захворювань?
a- Генетичними та соціальними факторами; генетичними факторами; психічними стресами
b- Конфліктними ситуаціями, соціально-педагогічної запущеності особистості, інтелектуальним потенціалом особистості
c- Генетичними, соціальними факторами, соматичними захворюваннями
d- Рівнем розвитку емоціонально-вольової сфери, наявністю в анамнезі інфекційних захворювань
e- Станом при народженні

8. Чим обумовлена актуальність проблеми нервово-психічних захворювань?
a- Підвищенням рівня захворюваності психічними хворобами і долі їх в структурі загальної захворюваності
b- Розповсюдженість психічних захворювань
c- Невилікованість ряду психічних захворювань
d- Значна питома вага психічних захворювань в структурі захворюваності населення

9. Який прогноз відносно рівня загальної захворюваності психічними захворюваннями Ви могли б надати?
a- Різке підвищення

b- Підвищення рівня
c- Зниження рівня
d- Без змін

Завдання та проблемні ситуації

1. Поняття «норми».
2. Поняття «патології».
3. Поняття «екологічного оптимуму».
4. Поняття психічної хвороби.
5. Психосоматичні та соматопсихічні відносини.
6. Поняття психосоматики.
7. Міжнародна-класифікація хвороб 10 перегляду.
8. Соціально-психологічні аспекти суїцидології.
9. Суїцід, як психологічний феномен (поведінка, причини, мотиви).
10. Профілактика суїцідальної поведінки.

Література

Основна:

1. Хомуленко Т.Б. Основи психосоматики: навч.-метод. посіб. Вінниця: Нова Книга, 2009. – 120с.
2. Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер, К. Ледерах-Гофманн. Психосоматичний хворий на прийомі у лікаря. – К.: АДЕФ-Україна, 1997. – 328с.
3. Бех І. Д. Виховання особистості : У 2 кн. – К.: Либідь, 2003. – Кн. 1– 2.
4. Булах І. С. Психологія особистісного зростання підлітка. – К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2003. – 340 с.
5. Вікова психологія. За ред. Г. С. Костюка. Київ. 1976 рік.
6. Емоційний розвиток дитини / Під ред. С.Д. Максименко.– К.: ГЛАВНИК, 2004. – 112 с.
7. Злобіна О.Г., Тихонович В.О. Особистість сьогодні: адаптація до суспільної нестабільності. – К.: Ін–т соціології НАН України, 1996.–С. 15–21.
8. Костюк Г.С. Психологія. Підручник для студентів вищих закладів освіти. Київ.»Либідь». 2000 рік.

9. Диференційна психологія. Видання 2-ге, перероблене і доповнене: підручник/ за загальною редакцією академіка С.Д. Максименка. Київ: «Видавництво Людмила», 2023. 572 с.

10. Максименко К. С. Переживання негативних психічних станів особистістю : метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / К. С. Максименко. – К. : КММ, 2011. – 184 с.

11. Максименко С. Д. Розвиток психіки в онтогенезі: [В 2 т.], Т.1. Теоретико-методологічні проблеми генетичної психології. – К.: Форум, 2002. – 319 с.

12. Максименко С. Д. Розвиток психіки в онтогенезі: [В 2 т.], Т. 2. Моделювання психологічних новоутворень: генетичний аспект. – К.: Форум, 2002. – 335 с.

13. Максименко С.Д., Максименко К.С.. Папуча М.В. Психологія особистості: Підручник. – К.: ТОВ «КММ», 2007. – 296с.

14. Максимова Н.Ю., Мілютіна К.Л., Піскун В.М. Основи дитячої патопсихології. – К.: Перун, 1996.

15. Маслоу А. Самоактуализация личности и образование / Пер. с англ. Г.А. Балла. – К., Донецк, 1994. – 52 с.

16. Основи безпеки життєдіяльності та підтримання здоров'я людей середнього віку. Методичні настанови для студентів відділення факультету психології та соціології / Уклад.С.Д.Максименко – К.: РВЦ «Київ. ун-т», 1998. – 30 с.

17. Основи загальної психології /За ред. С.Д. Максименка. –К., 1998.

18. Терлецька Л.Г. Психічне здоров'я особистості. Технологія самоаналізу / КНУ ім. Т.Г.Шевченко. – К.: ВПЦ «Київ.університет», 2003. – 150 с.

19. Коцур Н.І., Гармаш Л.С. Психогігієна. – Чернівці, Переяслав-Хмельницький: Книги – ХХІ, 2006. – 380с.

20. Охорона психічного здоров'я у світі: Проблеми та пріоритети в країнах, що розвиваються / Р. Держалє, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман: Пер. з англ. – К.: Сфера, 2001. – 575 с. – Рос. мовою.

21. Богучарова О.І. Здоров'я особистості у психологічній перспективі. Монографія. – К.: Київський національний університет

імені Тараса Шевченка, інститут післядипломної освіти. 2004 – 283с.

Додаткова:

1.Грушко В.С. Основи здорового способу життя: Навчальний посібник з курсу «Валеологія». – Тернопіль: СМП «Астон», 1999. – 368 с.

2.Загальна психологія. / За заг. ред. академіка С.Д.Максименка. Підручник. – 2-ге вид., переробл. і доп. – Вінниця: Нова Книга, 2004. – 704 с.

3.Кулик С.М. Психологічні проблеми професійної адаптації вчителів // Актуальні проблеми психології. Том 1.: Соціальна психологія. Психологія управління. Організаційна психологія / За ред. Максименка С.Д., Карамушки Л.М. – К.: Інститут психології ім. Г.С.Костюка АПН України, 2001. – Ч. 2. – С 201-204.

4.Максименко С.Д. Генетическая психология (методологическая рефлексия проблем равития в психологии). – М. : «Рефл-Бук», К.: «Ваклер», 2000. – 320 с.

5.Максименко С.Д. Основи генетичної психології. – К., 1998. – 218с.

6.Маслоу А. Психология бытия: Пер. с англ. – М.: Рефлбук; К.: Маклер, 1997.

7. Общая психология / Под ред. С. Д. Максименко. – М.: Рефл-бук; К.: Ваклер, 1999.

8. Шапар В.Б. Психологічний тлумачний словник. – Х.:Прапор, 2004.– 640 с.

4.3. Основи психогігієни.

КЛЮЧОВІ ПОНЯТТЯ ТЕМИ: засвоєння структурно-функціональних характеристик психогігієни; поняття сучасного підходу до хворого, основних факторів збереження здоров'я; вивчення психологічних аспектів впливу середовища лікувально-профілактичного закладу на пацієнта та роль санітарно-охоронного режиму лікарні.

Психогігієна – це система наукових знань і практичних заходів, спрямованих на збереження і зміцнення психічного здоров'я населення. Психогігієна як галузь сучасної гігієни вивчає стан нервово-психічного здоров'я людини, його динаміку у зв'язку з дією на організм людини природних, виробничих і соціально-побутових чинників та розробляє на основі цих досліджень науково обґрунтовані заходи щодо активного впливу на людський організм та середовище його перебування з метою створення найбільш сприятливих умов для збереження та зміцнення психічного і соматичного здоров'я.

Розділи психогігієни: вікова психогігієна; психогігієна праці; психогігієна навчання і виховання; психогігієна побуту; психогігієна сім'ї і статевого життя; психогігієна спорту; психогігієна колективного життя.

Психічне здоров'я людини характеризується відсутністю виражених нервово-психічних розладів, певним резервом сил, що дозволяє подолати несподівані стреси або важку ситуацію, а також стійкою рівновагою між організмом та навколишнім світом.

Таким чином, визначальними рисами психічного здоров'я є не лише відсутність психічних захворювань, але й нервово-психічний розвиток, що відповідає вікові, та сприятливий функціональний стан організму і передусім центральної нервової системи.

Тому найважливішими критеріями психічного здоров'я є такі:

- відсутність або наявність виражених форм психічних захворювань та граничних нервово-психічних розладів,
- гармонійність психічного розвитку та його відповідність віковi,
- рівень розвитку показників стану провідних соціально, професійно-значущих психофізіологічних функцій та особливостей особистості (властивості нервових процесів, аналізаторних систем, уваги, пам'яті, темпераменту і характеру, розумова працездатність тощо), які зумовлюють ефективне виконання різноманітних навчальних, професійних або побутових завдань у повсякденній діяльності.

До особливостей особистості людини, які підлягають обов'язковому вивченню в ході проведення психогігієнічних досліджень, слід віднести властивості темпераменту та характеру, мотиваційну спрямованість та особливості нервово-психічного стану.

До провідних психогігієнічних принципів оптимізації повсякденної діяльності людини слід віднести:

- проведення гігієнічного нормування виробничої (навчальної) діяльності людини;
- визначення чинників, які сприяють ломці адаптаційних механізмів, і, насамперед, урахування кризових періодів у житті людини, в основі яких лежать перебудова структурної організації особистості, психофізіологічні та поведінкові зрушення, зміни психосоціальної орієнтації;
- раціональну організацію позаробочої (позанавчальної) діяльності людини, що передбачає вивчення індивідуальних особливостей темпераменту, характеру, мотиваційної спрямованості та нервово-психічних станів людини, урахування вікових закономірностей їх змін, використання активних методів психофізіологічного впливу на процеси формування критеріальних показників особистості;
- обґрунтування та диференційоване запровадження заходів психогігієнічної корекції та реабілітації.

4.3.1 Вікова психогігієна.

Завдання психогігієни щодо дитячого, підліткового і юнацького віку можуть вирішуватися лише на базі знань про закономірності росту і розвитку організму, вікових анатомо-фізіологічних особливостях людини.

При організації психогігієнічних заходів необхідно враховувати:

1) вікові особливості психіки,

2) нерівномірний стрибкоподібний характер психічного розвитку,

3) факт більш швидкого психічного розвитку в перші роки життя,

4) типологічні особливості психічного реагування дітей.

Охорона психічного здоров'я дітей і підлітків, забезпечення оптимального функціонального стану їх організму насамперед залежать від правильної організації навчального процесу, дотримання санітарних, гігієнічних та психогігієнічних норм навчальної діяльності.

Основними критеріями психогігієнічної оцінки навчального навантаження є його відповідність функціональним можливостям організму учнів на кожному окремому віковому етапі, визначення ступеня ефективності навчальної діяльності, успішності соціальних контактів та емоційного благополуччя, засвоєння шкільних норм поведінки. Лише при позитивних їх характеристиках заняття в школі сприяють гармонійному психічному розвитку, приносять утіху та радощі, дозволяють уникнути розумових перевантажень, запобігають виникненню психотравмуючих ситуацій як у школі, так і вдома, розвитку акцентуацій характеру та неврозів серед дітей і підлітків тощо.

До найсуттєвіших причин формування несприятливих зрушень у структурі особистості належать такі педагогічні чинники, як незадовільна, передусім з психофізіологічної точки зору, побудова навчального процесу, інформаційне перевантаження мозку в умовах постійного дефіциту часу, нераціональна організація позаурочної діяльності.

У ході проведення заходів психогігієни, психокорекції та психопрофілактики провідна роль належить шкільному психологу та шкільному лікарю. Сфера діяльності психолога охоплює проведення індивідуальних та групових обстежень особливостей особистості учнів, оцінку організації та стану навчально-виховної роботи і планування заходів щодо її поліпшення, психологічну консультацію та корекцію, організацію профорієнтаційної роботи тощо. Головними завданнями діяльності шкільного лікаря є виявлення та облік дітей, що мали або мають захворювання центральної нервової системи, затримку нервово-психічного розвитку, перенесли операції під наркозом, травми голови, алергічні захворювання,

хронічні інтоксикації, хвороби, які зумовлюють загальну астенізацію організму, тощо.

Велике значення для раціональної психогігієнічної роботи між дітьми та підлітками має виділення серед школярів так званих груп ризику щодо розвитку нервово-психічної патології. Втім, у ході цього процесу необхідно враховувати не лише біологічні (захворювання, травми та ін.), але й педагогічні (нераціональна організація навчального процесу та ін.) та психосоціальні (підвищена ситуативна та особистісна тривожність, висока емоційна лабільність, виражені інтровертованість, сором'язливість та відлюдкуватість, схильність до самообвинувачень і бурхливого реагування у відповідь на вплив стресових явищ та ін.) чинники.

Серед заходів профілактики нервово-психічних захворювань визначальна роль належить і раціональній організації позашкільної діяльності, що спрямована на розвиток творчих задатків та схильностей, художнього смаку, високих моральних принципів, духовного збагачення дітей і підлітків. Тому до провідних психогігієнічних основ оптимізації вільного часу школярів відносять вивчення індивідуальних особливостей темпераменту, характеру, мотиваційної спрямованості та нервово-психічних станів учнів, урахування вікових закономірностей їх змін протягом періоду шкільного життя, впорядкування позанавчальної діяльності за рахунок упровадження в повсякденне життя активних методів психофізіологічного впливу на процеси формування критеріальних показників особистості.

Психогігієнічні проблеми мають свою специфіку в похилому віці, коли на фоні падіння інтенсивності обміну речовин знижується загальна працездатність, функції пам'яті та уваги, загострюються характерологічні риси особистості. Підтримці психічного здоров'я в літньому віці сприяє дотримання загальногігієнічних правил та режиму дня.

4.3.2 Родинна психогігієна.

Сім'я являє собою групу, в якій закладаються основи особистості, відбувається її початковий розвиток. Психологічно здорова

сім'я (така, що успішно функціонує), створює умови для реалізації потенціалу кожного її члена, оптимальну модель для оволодіння соціальними навичками, що може бути перенесена в зовнішнє середовище.

Загалом сукупність суб'єктивних психологічних факторів стабільності шлюбу і сім'ї можна об'єднати в поняття «психологічне здоров'я сім'ї». Під психологічним здоров'ям сім'ї розуміється інтегральний показник динаміки життєво важливих для сім'ї функцій, що виражає якісний аспект соціально-психологічних процесів, які відбуваються в ній.

Розрізняють такі рівні психологічного здоров'я сім'ї: норма, що умовно визначається ступенем розвитку індивідуальних і групових процесів, у межах яких, з одного боку, спостерігаються узгодженість і задоволення потреб членів сім'ї, а з іншого боку – їх соціальна (внутрішньосімейна) активність; відхилення від норми, що характеризується перевагою індивідуальних процесів над соціальними (внутрішньосімейними), частковою узгодженістю дій членів сім'ї; відсутність психологічного здоров'я сім'ї (психологічне нездоров'я), що полягає в її нездатності самостійно коригувати дезорганізуючі дії її членів, переважанні внутрішньосімейного дискомфорту і практично повній автономності дій членів сім'ї щодо задоволення суто індивідуальних потреб.

Психологічно здоровій сім'ї притаманні такі властивості: гуманність (турбота й увага до людини як найвищої сімейної цінності), гармонійність (високий рівень сумісності членів сім'ї), життєздатність (стійкість проти впливу зовнішніх дестабілізуючих факторів) та ін.

Сприятлива атмосфера в сім'ї створюється при наявності взаємної поваги, любові, дружби, спільності поглядів. Великий вплив на формування відносин в сім'ї надають емоційне спілкування, взаєморозуміння, поступливість. Така обстановка сприяє створенню щасливої родини – неодмінної умові правильного виховання дітей.

Щодо психогігієнічних проблем сім'ї фахівцями розроблена концепція, відповідно до якої все різноманіття відносин між подружжям може бути представлено у формі взаємодії 5 шлюбних

факторів: фізичного фактора, матеріального, культурного, сексуального і психологічного. За певною формулою обчислюють так званий шлюбний потенціал. При первинно-особистісній невідповідності порушується сексуальне життя і розпад сім'ї настає швидше, ніж це відбувається при первинно-сексуальній невідповідності. Для більш високого рівня сімейної адаптації, гармонійного розвитку сімейних взаємин необхідні достатній рівень розвитку особистості, зрілість суджень та емоційних стосунків.

Найбільш дієвий шлях до профілактики сімейних конфліктів – ретельна підготовка до шлюбу. Сюди відноситься турбота про стан здоров'я вагітних, боротьба з патологією пологів, забезпечення правильного психофізичного розвитку та виховання дітей, спеціальна підготовка осіб, що вступають у шлюб, діагностична та лікувальна робота у випадках сімейно-сексуальних дисгармоній.

Всесвітня організація охорони здоров'я, вважаючи питання створення сім'ї та сімейної психогігієни надзвичайно актуальними, приділяє їм спеціальну увагу, розробляє програми, що стосуються планування та створення сім'ї. Міжнаціональний інститут з вивчення проблем сім'ї веде активну наукову роботу в цій галузі. Так, за даними цього інституту, загальна народжуваність дітей знизилася у зв'язку з появою сучасних методів попередження вагітності. У той же час народжуваність дітей у психічно неповноцінних жінок, навпаки, збільшилася.

Одне з важливих завдань родинної психогігієни – допомогти у створенні гармонійного статевого життя. Неоціненна її роль у гармонізації сексуальних відносин, попередження сексуальних дисгармоній, в профілактиці сексуальних розладів. Виділяють такі основні підрозділи: психогігієна статевого життя молоді, психогігієна статевого життя в шлюбі, психогігієна статевого життя в передстаречому і старечому віці. Психогігієна статевого життя молоді попереджає психоневрози і порушення розвитку особистості. Правильне роз'яснення питань статевого життя допомагає подолати значні труднощі, пов'язані із статевим дозріванням, і запобігає різні розлади статеві, зокрема деякі сексуальні девіації. Діти повинні отримувати інформацію з питань статевого життя, дітонародження в доступній для них формі.

У віці 3-4 років питання, пов'язані з проблемами статі, повинні роз'яснювати батьки, пізніше, у дошкільному та шкільному віці, – педагоги, лікарі та психологи. У період дозрівання підлітки відрізняються особливою вразливістю, тому психогігієнічних аспект полягає в умінні направити в потрібне русло розвиток статевого потягу і уникнути виникнення різних конфліктів на сексуальному ґрунті.

Психогігієна статевого життя в передстаречому і старечому віці спрямована на освіту людей похилого віку в області сексу, оскільки неправильні уявлення про відсутність сексуальності у людей похилого віку і про їх статевих бажаннях породжують почуття провини або відчуття хвороби, а в зв'язку з цим – внутрішні конфлікти на сексуальному ґрунті.

4.3.3 Психогігієна професійної діяльності.

Якщо професія відповідає інтересам і підготовці людини, то праця – джерело радості, задоволення, психічного здоров'я.

Дисципліна в праці, усвідомлена як необхідність, що стала внутрішньо внутрішньою потребою особистості, є важливою умовою ефективності праці: вона знижує втому, полегшує роботу.

Психогігієна праці – вивчає трудові процеси і умови праці стосовно особливостей психіки людини і розробляє заходи, які забезпечують збереження і укріплення нервово-психічного здоров'я працюючих.

Одним із розділів психогігієни праці є психогігієна інтелектуальної праці. Створюється оптимальні режими для працівників розумової праці. При цьому важливе поєднання розумової праці з фізичною діяльністю (гімнастика, спорт, прогулянки і т.п.).Велике значення має розробка диференційованих норм розумової праці для людей різного віку.

Велике психологічне значення має система правильних стосунків у колективі. Нормальний ритм робочого процесу, задоволення результатами своєї праці, постійне підвищення професійного рівня – важливі фактори, що дозволяють людині отримувати задоволення і радість від праці.

4.3.4 Сучасний підхід до хворого: психогігієна взаємовідносин лікаря і пацієнта.

Збереження трудової активності працюючих є необхідною умовою для успішного виконання завдань економічного та соціального розвитку держави. Особлива роль у підтримці працездатності виробничого потенціалу країни належить медичним працівникам, які опікуються станом здоров'я громадян, зайнятих у виробництві товарів і послуг. Втім ефективність роботи медичної галузі щодо збереження і відновлення здоров'я працюючих залежить, зокрема, від стану здоров'я самих медичних працівників.

Медичні працівники часто зазнають труднощі при спільній роботі з колегами, іншими установами або родичами пацієнтів. Складні взаємини між фахівцями – звичайне явище в системі охорони здоров'я, і як наслідок – це приводить до фрагментації процесу надання допомоги. Ці труднощі взаємин часто пов'язані з підсвідомим суперництвом на рівні осіб або установ і свідчать про невротичний компонент при виконанні лікувальної роботи. Багато медичних працівників демонструють дуже високий рівень професійної самовіддачі, надаючи допомогу в неробочий час, часто не піклуючись про особисте благополуччя і свої сімейні відносини.

До основних причин професійної захворюваності медиків в нашій країні можна віднести: вплив психосоціальних факторів (втрата престижності професії лікаря, недостатнє фінансування галузі, відсутність соціального захисту медичного персоналу); високий рівень робочого стресу (напруженість трудового процесу лікаря); низький рівень поінформованості медпрацівників з питань медицини праці та правових аспектів лікувальної діяльності; зневажливе ставлення лікарів до свого здоров'я; вплив біологічних, хімічних і фізичних чинників (інфекції, алергени, токсичні речовини й ін.).

Серед причин, зумовлених взаємовідносинами в колективі і рольовими взаєминами, домінують: довготривала і жорстка рольова деформація, низький морально-етичний рівень в колективі; директивний стиль спілкування та сувора ієрархія взаємин між персоналом; патерналістичний підхід до підлеглих, який пригноб-

лює ініціативу й можливості самореалізації на роботі, а також знижує самооцінку персоналу; відсутність стимулу до особистого і професійного зростання.

До основних груп профілактичних і лікувальних заходів, які проводяться з метою збереження психоемоційного здоров'я лікарів, слід віднести:

1. Соціально-організаційні;
2. Гігієну виробничих відносин;
3. Психогігієну та психотерапію.

Соціально-організаційні чинники, які перешкоджають погіршенню здоров'я лікарів: політико-економічна стабільність (у тому числі, гідна оплата праці медиків бюджетних і позабюджетних медичних установ); чітке дотримання трудового законодавства і його «прозорість»; удосконалення правової бази, що регламентує роботу медиків; дотримання суворої звітності і контроль над проведенням профілактичних медичних оглядів медпрацівників; впровадження принципів страхування ризиків лікарської практики; проведення семінарів і тренінгів для медпрацівників з висвітленням питань медицини праці та правових аспектів лікарської діяльності.

Гігієна виробничих взаємин повинна включати: підвищення професійної мотивації лікаря; встановлення балансу між витраченими зусиллями та отриманою винагородою; раціональна організація робочого часу; проведення заходів спільно з керівником організації для формування взаємної довіри та позитивної робочої атмосфери в колективі; створення умов для психоемоційної розрядки, зняття робочого напруження і підтримки психічного та фізичного здоров'я медичного персоналу.

Соціальний (суспільний) напрямок психогігієни має на меті забезпечити соціальні умови гармонійного психічного розвитку особистості, що вбирають у себе всі фактори, на які здатна впливати людина. Психогігієнічна діяльність медичного працівника передбачає налагодження суспільних механізмів взаємодії.

Клінічні конференції з розбору конкретних випадків і заслуховування звітів фахівців представляють сприятливі можливості для

взаємної підтримки і часто використовуються для неформального обговорення з колегами робочих питань.

Отже, до заходів, які покращують роботу в медичних колективах можна віднести: проведення мультидисциплінарних занять для медичних працівників може позитивно вплинути на результати роботи; проведення тренінгів для поліпшення роботи колективу. Тренінги проводять не тільки з метою професійного розвитку, а й для кращого розуміння основних питань та створення мотивації до роботи. Тренінги допомагають вирішити основні проблеми, що виникають в колективі і перешкоджають їм повноцінно виконувати свої обов'язки, а також допомагають у подоланні труднощів під час спілкування.

Індивідуальна психогігієна має свій особливий вплив, щодо покращення психічного здоров'я і в першу чергу треба звертати увагу на позитивне ставлення до себе; оптимальний розвиток, ріст і самоактуалізацію особистості; психічну інтеграцію; особисту автономію; реалістичне сприйняття оточення; уміння адекватно впливати на оточення.

Підсумовуючи викладене, можна стверджувати, що на психічне здоров'я медичного працівника впливають два фактори: соціальний та індивідуальний. Через зріле ставлення до себе, розуміння важливості психогігієнічних заходів людина може реально впливати на хід свого життя, розумно організовувати процес життя, передбачати життєві події та їх результати.

Психологічні особливості пацієнта в умовах лікувальної взаємодії і взаємовідносин безперечно стикаються з психологічними особливостями працівників лікувальних закладів. Метою контактів між цими людьми є допомога, співдопомога одне одному. Виходячи з основної мети лікувальної взаємодії має місце різна значимість цінностей контактів в системі «медичний працівник – пацієнт».

4.3.5 Роль санітарно-охоронного режиму лікарні у збереженні та відновленні психологічного та психічного здоров'я хворих

Теоретичною основою лікувально-охоронного режиму є теорія нервізму (І.М. Сеченов, С.П. Боткін, І.П. Павлов), яка кінцево сформульована І.П. Павловим. Дана концепція нервізму виходить з визнання ведучого значення нервової системи в регулюванні фізіологічних функцій організму, в формуванні хворобливого процесу.

І.П. Павлов прийшов для розуміння тісного взаємозв'язку організму з зовнішнім середовище, яка здійснюється через кору головного мозку. Зовнішнє середовище може здійснювати на людину сприятливий вплив, викликаючи позитивні емоції – радість, посмішку, заспокоєння, а може бути джерелом хвороботворних впливів, які приводять до виникнення негативних емоцій – страху, страждань, переляку, які ведуть до стресових станів тощо.

Основна психологічна вимога до лікувально-охоронного режиму в лікувальному закладі – знешкодження негативних, шкідливих впливів на психіку хворого факторів лікувального середовища, які сприймаються як дискантними рецепторами (очі, вуха, ніс і ні.), так і через другу сигнальну систему хворого – посередництвом слова.

Основне завдання лікувально-охоронного режиму – боротьба з болем і страхом болі.

Елементи лікувально-охоронного режиму:

- доброзичливість персоналу, чуйність і уважність при прийомі хворого у лікарню і під час всього перебування. Що сформує у хворого довіру до персоналу і всього медичного закладу;
- впевненість хворого в високій кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу, в здатності і готовності надати йому кваліфіковану допомогу;
- взаємоповага між медичним персоналом, що сприяє укріпленню віри хворого в надійність медичного колективу;
- вміле використання прийомів психотерапії;

- створення умов для проводження фізіологічного сну хворого;
- створення умов для фізичної активності хворих за рахунок лікувальної фізкультури, дозованих прогулянок в межах відділення або на свіжому повітрі, а також вільного режиму за призначенням лікаря;
- створення здорового мікроклімату в палатах.

Формалізована структура змісту теми

Запитання для самостійної роботи:

1. Вікова психогігієна.
2. Родинна психогігієна.
3. Психогігієна професійної діяльності.
4. Сучасний підхід до хворого: психогігієна взаємовідносин лікаря і пацієнта.

5. Роль санітарно-охоронного режиму лікарні у збереженні та відновленні психологічного та психічного здоров'я хворих

6. Психологічні особливості пацієнтів, які впливають на перебіг захворювань.

7. Психологічні аспекти впливу середовища лікувально-профілактичного закладу на пацієнта.

8. Лікувально-активізуючий режим. Лікувально-охоронний режим.

9. Організація праці, відпочинку та побуту як фактори збереження здоров'я.

10. Роль раціонального харчування у збереженні здоров'я.

11. Оптимальний руховий режим, фізична культура, загартування організму і збереження здоров'я.

12. Відмова від самолікування як фактор збереження здоров'я.

13. Дотримання правил особистої та громадської гігієни, психогігієни та гігієни шлюбних відносин як фактори збереження здоров'я.

Альтернативно-тестові завдання для самоконтролю

1. Термін <гігієна > означає:

a- вчення про здоров'я

b- науку про збереження та підтримування здоров'я

c- вивчення впливу фізичних чинників зовнішнього середовища на здоров'я людини

d- вивчення впливу суспільного середовища на здоров'я людини

e- усе перелічене вірно

2. Психогігієна спрямована на:

a- формування та підтримування психічного здоров'я

b- запобігання виникненню конкретних психічних розладів

c- корекцію певних якостей індивідуальності

d- жоден не підходить

3. Що таке психогігієна?

a- дисципліна, що має на меті запобігання нервово-психічним захворюванням

b- дисципліна, що вивчає закономірності розвитку та функціонування психіки

c- дисципліна, що має на меті збереження й зміцнення психічного здоров'я людини

d- жоден не підходить

e- усе перелічене вірно

Завдання та проблемні ситуації

1. Поняття Психогігієни.
2. Вікова психогігієна дитячого, підліткового і юнацького віку.
3. Родинна психогігієна.
4. Психогігієна професійної діяльності.
5. Психогігієна взаємовідносин лікаря і пацієнта.
6. Роль санітарно-охоронного режиму лікарні у збереженні та відновленні психологічного та психічного здоров'я хворих.
7. Фактори збереження здоров'я.

Література

Основна:

1. Закон України «Про психіатричну допомогу». – К.: Сфера, 2000. – 50 с.
2. Закони України про охорону здоров'я: Збірник нормативно-правових актів. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 464 с.
3. Коцур Н.І., Гармаш Л.С. Психогігієна: Навчальний посібник. – Чернівці: Книги – ХХІ, 2006. – 380 с.
4. Максименко С.Д., Максименко К.С.. Папуча М.В. Психологія особистості: Підручник. – К.: ТОВ «КММ», 2007. – 296с.
5. Мороз В.М., Сергета І.В., Фещук Н.М., Олійник М.П. (2005) Охорона праці в медицині і фармації. Нова книга, Вінниця, 544 с.
6. Охорона психічного здоров'я у світі: Проблеми та пріоритети в країнах, що розвиваються / Р. Дежарлє, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман: Пер.з англ. – К.: Сфера, 2001. – 575 с.

7. Семенкина И.А. Супружеская дезадаптация при нарушении функцій семи и ее психологическая коррекция: Автореф.дис.....канд.психол.наук.-Киев, 2001.-16с.

8. Топалов Д.П. Система психопрофілактики супружеской дезадаптации.// Международный медицинский журнал.-2000.-Т.6.-№3.-С.46-48.

Додаткова:

1.Амосов Н. М. Раздумья о здоровье. – М.: ФиС, 1991.

2.Бабин І. І., Царенко А. В., Черняк В. М., Яцук Г. Ф. Пізнай себе: Матеріали до курсу «Валеологія». – Тернопіль: ТДПІУО, ТОШО, 2002. – 232 с.

3.Богучарова О.І. Здоров'я особистості у психологічній перспективі. Монографія. – К.: Київський національний університет імені Тараса Шевченка, інститут післядипломної освіти. 2004 – 283с.

4.Грушко В.С. Основи здорового способу життя: Навчальний посібник з курсу «Валеологія». – Тернопіль: СМП «Астон», 1999. – 368 с.

5.Загальна психологія. / За загальною редакцією академіка С.Д.Максименка. Підручник. – 2-ге вид., переробл. і доп. – Вінниця: Нова Книга, 2004. – 704 с.

6. Коцур Н.І., Гармаш Л.С. Психогігієна. – Чернівці, Переяслав-Хмельницький: Книги – ХХІ, 2006. – 380с.

7. Максименко С.Д. Генезис здіснення особистості. – К.: Видавництво ТОВ «КММ», 2006. –. 240 с.

8. Максименко С.Д. Генезис существования личности. – К.: Издательство ООО «КММ», 2006. –. 240 с.

9. Максименко С.Д. Основи генетичної психології. – К., 1998. – 218с.

10. Охорона психічного здоров'я у світі: Проблеми та пріоритети в країнах, що розвиваються / Р. Держалє, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман: Пер. з англ. – К.: Сфера, 2001. – 575 с. – Рос. мовою.

11. Шапар В.Б. Психологічний тлумачний словник. – Х.: Прапор, 2004. – 640 с.

4.4. Основи психопрофілактики

КЛЮЧОВІ ПОНЯТТЯ ТЕМИ: вивчення теми дає змогу студентам засвоїти поняття психопрофілактика; навчитися проводити організацію психопрофілактичного процесу на первинному, вторинному та третинному рівнях; засвоїти поняття психосоціальної реабілітації; вивчити медико-психологічні аспекти даної тематики, в тому числі принципи надання психопрофілактичної допомоги в професійній діяльності лікаря.

Психопрофілактика – це розділ загальної профілактики, що включає сукупність заходів, що забезпечують психічне здоров'я, включаючи профілактику особистісних та професійних криз, попередження виникнення та поширення нервово-психічних захворювань. Виконання психопрофілактичних заходів вимагає наявності у лікаря, крім загальної професійної підготовки, спеціальних знань в області клінічної (медичної) психології, психіатрії та психотерапії. Це особливо важливо, якщо враховувати тісний взаємозв'язок фізичного і душевного здоров'я людини: психічний стан впливає на соматичне здоров'я людини, а соматичні проблеми можуть викликати серйозне емоційний розлад.

У нашій країні прийнята міжнародна класифікація етапів психопрофілактики. За термінологією Всесвітньої Організації Охорони здоров'я, профілактика поділяється на первинну, вторинну і третинну.

Психопрофілактика знаходиться в тісному взаємозв'язку з іншими дисциплінами. У психопрофілактичної діяльності беруть участь представники різних професій – лікарі, психологи, педагоги, соціологи, тренери і фахівці з адаптивної фізичної культури, юристи. Залучення до розробки і здійснення психопрофілактичних заходів тих чи інших фахівців та їх внесок залежать від виду психопрофілактики. Можливості реальної профілактики існують лише для обмежених груп психічної патології з досить вивченими етіопатогенетичні механізми, до яких можна віднести: психогенні розлади, включаючи невротичні, розлади особистості і поведінки, посттравматичні і постінфекційні розлади, деякі порівняно рідкісні форми олігофренії, пов'язані зі спадковими хворобами обміну, наприклад фенілкетонурію.

4.4.1 Первинна психопрофілактика

Первинна психопрофілактика – це комплекс заходів, спрямованих на попередження шкідливих впливів на людську психіку, включає заходи, що перешкоджають виникненню нервово-психічних розладів.

На цьому рівні система психопрофілактики полягає у вивченні стійкості психіки до впливу шкідливих агентів навколишнього середовища і можливих шляхів збільшення цієї стійкості, а також попередження психогенних захворювань. Первинна психопрофілактика тісно пов'язана з профілактикою загальної і передбачає комплексну участь в ній великого кола фахівців: соціологів, психологів, фізіологів, гігієністів, лікарів. По суті, це диспансеризація здорового населення з здійсненням широкого комплексу психогігієнічних заходів, оскільки сприяти виникненню нервово-психічних порушень можуть як несприятливі соціально-психологічні умови існування людини (інформаційні перевантаження, психічна травматизація і мікросоціальної конфлікти, неправильне виховання в дитинстві і т.п.), так і фактори біологічного характеру (соматичні хвороби, травми мозку, інтоксикації, дія шкідливостей в період внутрішньоутробного розвитку мозку, несприятливої спадковості і т.п.).

Включає:

- охорону психічного здоров'я майбутніх поколінь;
- вивчає і прогнозує можливі спадкові психічні захворювання;
- охорону матері від можливих шкідливих впливів на плід і організацію допомоги здоровим родом;
- раннє виявлення відхилень у психічному розвитку новонароджених;
- своєчасне застосування методів лікувально-педагогічної корекції на всіх етапах розвитку людини;
- соціально-психологічна допомогу посадовим особам в організації здорового способу життя та психогігієни професійної діяльності;
- забезпечення психологічної допомоги фахівців у ситуаціях, що створюють підвищений ризик розвитку професійної пси-

хологічної деформації, відхилень у психоемоційних станах, психогенних розладів;

- заходи психологічної просвіти.

Первинна психопрофілактика складається із загальних заходів, спрямованих на підвищення рівня психічного здоров'я населення, і специфічної частини, яка включає ранню діагностику (первинний рівень), скорочення числа патологічних порушень (вторинний рівень) і реабілітацію (третинний рівень).

Для первинної психопрофілактики особливо значущі психогігієна і широкі соціальні заходи щодо її забезпечення. Важливе значення мають боротьби з інфекціями і попередження травматизму, усунення патогенного впливу навколишнього середовища, викликаного екологічним неблагополуччям. Первинна профілактика пологових мозкових травм і асфіксії, які нерідко є причиною різних, в тому числі інвалідизуючих захворювань (деякі форми епілепсії, олігофренії, СДУГ, ядерні форми психопатій та ін.), знаходиться переважно у сфері діяльності акушерів-гінекологів.

До завдань первинної психопрофілактики відноситься також виявлення осіб з високим ризиком захворювання (преморбідні стани) або ситуацій, які несуть в собі загрозу психічних розладів для осіб, що опинилися в них, внаслідок підвищеного психічного травматизму, і організація психопрофілактичних заходів по відношенню до цих груп і ситуацій. Важливу роль при цьому відіграють такі галузі, як медична психологія, педагогіка, соціологія, юридична психологія та ін., які розробляють рекомендації по правильному вихованню дітей і підлітків, вибору професійної орієнтації та професійного відбору, організаційні та психотерапевтичні заходи в конфліктних виробничих ситуаціях, превентивні заходи щодо сімейних конфліктів, професійних шкідливостей і т.д.

У якості профілактичних заходів найбільш значуща роль належить психологічній корекції. Психологічна корекція – це система психологічних впливів, спрямованих на зміну певних особливостей (властивостей, процесів, станів, рис) психіки, які відіграють роль у виникненні хвороб. Психологічна корекція не спрямована на зміну симптоматики і взагалі клінічної картини хвороби, тобто на лікування. У цьому полягає одна з важливих відміннос-

тей її від психотерапії. Вона застосовується на донозологічному рівні, коли психічний розлад ще не сформувалася, а при сформованому психічне захворювання для його лікування застосовується психотерапія.

Виявлення порушень поведінки у дитини, не пов'язаних з органічною або ендогенної патологією, а є наслідком педагогічної та мікросоціальної занедбаності, вимагає проведення корекційно-педагогічних та соціальних заходів (вплив на батьків, оздоровлення сімейної обстановки та ін), спрямованих на попередження формування аномальною (психопатичної) особистості. Ці заходи повинні проводитися психологами та педагогами при консультації дитячого психіатра.

Первинна профілактика психічних захворювань, таких як шизофренія, епілепсія, олігофренія і деякі інші, поки обмежена через те, що етіологія і патогенез більшості найбільш важких форм психічної патології до теперішнього часу залишаються недостатньо ясними. Значення має лише медико-генетичне консультування. Технічний прогрес у галузі біологічних досліджень призвів до появи можливості пренатальної діагностики тяжких вроджених захворювань головного мозку, що супроводжуються психічним недорозвиненням, за допомогою спеціальних методик цитологічного дослідження амніотичної рідини. Впровадження цих методик в практику має сприяти значному розширенню можливостей попередження спадкових (хромосомної-генетичних) захворювань.

4.4.2 Вторинна психопрофілактика

Вторинна психопрофілактика об'єднує заходи, спрямовані на попередження несприятливої динаміки вже виниклих захворювань, їх хронізації, на зменшення патологічних проявів, полегшення перебігу хвороби та поліпшення результату, а також на ранню діагностику.

Включає:

- ранню діагностику, прогноз і попередження небезпечних для хворого станів, ранній початок лікування і застосування адекватних методів корекції з досягненням найбільш повної ремісії.

Вторинна психопрофілактика займає значне місце в роботі дитячих психіатрів та психоневрологів. Крім того, психологи, що працюють в дошкільних установах і школах, педагоги і педіатри, знайомі з початковими проявами психічних розладів, можуть надати неоціненну допомогу психіатрам і психоневрологам в ранньому виявленні психічних захворювань.

У дорослих пацієнтів ранні ознаки психічної патології мають виявляти лікарі загальномедичної практики. Їх завдання – при виявленні у пацієнта ознак психічного розладу дати йому рекомендації звернутися за консультацією до психіатра, а в разі ургентних розладів – організувати психіатричний огляд (консультацію психіатра) без згоди на те самого пацієнта, керуючись Законом «Про психіатричну допомогу й гарантії прав громадян при її наданні». Завдання лікарів-психіатрів з вторинної психопрофілактики полягають у своєчасному і правильному лікуванні хворих з ранніми проявами психічних розладів. Провідна роль тут належить комплексної фармакотерапії і психотерапії.

Неякісне, невчасне лікування при нервово-психічних захворюваннях сприяє їх затяжного, хронічного перебігу. Успіхи активних методів лікування, особливо досягнення психофармакології, помітно позначилися на результатах психічних захворювань: підвищилося число випадків практичного одужання, збільшилася виписка хворих із психіатричних лікарень. Однак слід пам'ятати, що вторинна профілактика спрямована не тільки на біологічну основу хвороби, вона вимагає застосування психотерапії і соціотерапії в широкому розумінні цих понять.

4.4.3 Третинна психопрофілактика

Третинна психопрофілактика сприяє попередженню несприятливих соціальних наслідків захворювання, рецидивів і дефектів, що перешкоджають трудовій діяльності хворого і призводять до інвалідизації.

Третинна психопрофілактика спрямована на попередження інвалідності за наявності у людини нервово-психічного захворювання. У багатьох випадках для попередження рецидиву психіч-

ного захворювання хворому потрібно застосування підтримуючої психофармакотерапії.

Велику роль при цьому відіграє правильне використання лікувальних і інших засобів, застосування лікувальної і педагогічної корекції, попередження рецидивів психічних захворювань тощо.

Важливу роль у розвитку психопрофілактики грають вдосконалення структури і збільшення числа різних психіатричних, психотерапевтичних і психологічних установ, особливо наближених до населення (денних стаціонарів, нічних профілакторіїв, психоневрологічних і психотерапевтичних кабінетів при поліклініках, кризових центрів, психологічної служби по телефону і т.п.), а також вдосконалення методів діагностики та лікування хворих з початковими, легкими формами психічних розладів.

У підтримуючій терапії при психічних захворювання велику роль відіграє використання праці в спеціально створених умовах лікувально-трудових майстерень, терапія зайнятістю (читання, участь у самодіяльності) та інші соціотерапевтичні заходи, які спрямовані не на біологічну основу хвороби, а на особистість хворого. У будь-якому випадку, при попередженні втрати працездатності при нервово-психічних захворюваннях або професійних і особистісних кризах йдеться зазвичай про професійну реабілітацію (пошук нових ресурсів у професійній діяльності, можливостей професійного зростання або в ряді випадків – можливу зміну професії); соціальної адаптації (створення максимально сприятливих умов для хворої людини при його поверненні в звичну навколишнє середовище) і пошуку шляхів для самоактуалізації особистості (усвідомлення особистістю власних можливостей для поповнення ресурсів росту і розвитку).

4.4.4 Психосоціальна реабілітація

Реабілітація (лат. rehabilitatio – відновлення в правах) – система медичних, психологічних і соціальних заходів, що попереджають подальший розвиток хвороби, втрату працездатності й спрямованих на якомога більш раннє і ефективне повернення хворих та інвалідів до суспільно корисної праці та активного соціального життя. Лікування хвороби може проводитися без спеціальних реабілітаційних засобів,

але реабілітація включає також лікувальні засоби для досягнення своїх цілей. Найважливішими завданнями реабілітації є відновлення особистого (у власних очах) та соціального (в очах оточуючих) статусу хворого – сімейного, трудового, суспільного. М.М. Кабановим (1978) були виділені основні принципи та етапи реабілітації при нервово-психічних розладах.

Основні принципи реабілітації:

1) партнерство – постійна апеляція до особистості хворого, узгоджені зусилля лікаря і хворого в постановці завдань і виборі способів їх вирішення;

2) різнобічність впливів – вказує на необхідність використовувати різні заходи впливу, від біологічного лікування до різних видів психотерапії та соціотерапії, залучення до відновлення хворого сім'ї, найближчого оточення;

3) єдність психосоціальних і біологічних методів впливу – підкреслює єдність лікування хвороби, впливу на організм і особистість хворого;

4) ступінчастість впливів – включає поетапний перехід від одних реабілітаційних заходів до інших (наприклад, на початкових етапах хвороби можуть превалювати біологічні методи лікування хвороби, а на етапах одужання – психо-і соціотерапевтичні).

Основні етапи реабілітації:

1) відновлювальна терапія – лікування в стаціонарі, активна біологічна терапія з включенням психотерапії та соціотерапія,

2) реадаптація – починається в стаціонарі і продовжується в позалікарняних умовах, адаптація до родини, поряд з підтримуючою терапією застосовують лікування працею, а при необхідності навчають нової професії;

3) реабілітація у власному значенні слова – раціональне працевлаштування, нормалізація побутових умов, активне соціальне життя.

Розрізняють медичну, професійну і соціальну реабілітацію. При психічних захворюваннях реабілітація має свої особливості, пов'язані в першу чергу з тим, що при них, як ні за яких інших хворобах, відбуваються серйозні порушення особистості, її соціальних зв'язків і відносин, втрата соціальних навичок, у тому числі

внаслідок тривалого перебування в клініці і розвивається госпіталізм. Реабілітація психічно хворих передбачає їх ресоціалізацію, відновлення або збереження індивідуальної і суспільної цінності, їх особистого і соціального статусу.

За кордоном проблема ресоціалізації психічно хворих гостро постала в кінці 1970-х – початку 1980-х років, коли під впливом антипсихіатричного руху величезне число хворих були виписані, а психіатричні стаціонари закриті. Виписані хворі, не здатні вести самостійне життя і забезпечувати себе економічно, поповнили ряди бездомних і безробітних. Вони потребували не тільки психіатричної допомогу, а й соціального захисту, фінансової підтримки, тренінгу втрачених трудових і комунікативних навичок.

При тісній співпраці психіатричних та соціальних служб, які існують за рахунок державного фінансування, громадських та благодійних фондів, у багатьох європейських країнах сформувалася розгалужена соціореабілітаційна система, націлена на поетапну реінтеграцію психічно хворих у суспільство. Завданнями установ, які до неї входять, є надання психічно хворим тимчасового місця проживання, навчання і прищеплення їм навичок, необхідних у повсякденному житті, поліпшення їх соціальної та трудової адаптації. З цією метою були створені спеціальні гуртожитки, готелі, в яких хворі не тільки проживають, забезпечуються психіатричним наглядом, а й отримують допомогу у професійно-трудовій адаптації. Все більшого поширення набуває працевлаштування хворих у звичайних умовах виробництва, але при збереженні постійного спостереження психіатрів та соціальних працівників. На жаль, ця форма багато в чому залежить від роботодавців.

Реформа організації психіатричної допомоги в жодному разі не означає негайного скорочення ліжкового фонду психіатричних лікарень. Альтернативою спеціалізованим психіатричним лікарням може бути створення в структурі великих багатопрофільних лікарень відділень короткочасного перебування для гострих психотичних хворих. Світовий досвід показує, що виведення пацієнтів з психічними розладами за стіни психіатричних установ сприяє не тільки зменшенню випадків госпіталізму, але і їх соціальній адаптації. При цьому покращиться якість обстеження та ліку-

вання. У зв'язку зі спеціалізацією міських багатопрофільних лікарень представляється можливим розширення мережі спеціалізованих психосоматичних і соматопсихіатричних відділень.

Головною ланкою має стати амбулаторна служба. В останні роки у зв'язку із загальним погіршенням економічної ситуації, закриттям деяких державних підприємств і появою безробіття реабілітація психічно хворих також стала важкою задачею. Занепали державні установи реабілітаційної спрямованості – лікувально-трудові майстерні, артілі і виробництва, де могли працювати інваліди.

В цих умовах виявилася необхідність пошуку нових шляхів організації соціально-трудової адаптації психічно хворих і розумово відсталих. У сучасних соціально-економічних умовах лише розвиток позастаціонарної допомоги може допомогти досягненню основної мети – справжньої реабілітації хворих, їх адаптації до складних життєвих умов. При цьому змінюється не тільки стратегія, а й тактика надання допомоги. Необхідний перехід від переважно медичної до поліпрофесійної моделі, коли з пацієнтом одночасно працюють фахівці різних напрямків. Це – психіатр, психотерапевт, психолог, психіатрична медична сестра, соціальний робітник та ін. Лише в цьому випадку має місце комплексний підхід до лікування хворого, який враховує всі його проблеми – медичні, соціальні, психологічні та ін

Переважна більшість пацієнтів, які потребують реабілітації, становлять хворі на шизофренію. Для них повинні використовуватися спеціальні тренінгові програми, спрямовані на досягнення автономності в стилі життя хворого, покращення його соціальних зв'язків та профілактику повної ізоляції (що найбільш важливо для хворих на шизофренію). У реабілітації особливе значення має індивідуалізований підхід, що враховує вид і ступінь вираженості наявної у хворого дисфункції (недостатність ініціативи та емоцій, соціальний та когнітивний дефект).

4.4.5. Психопрофілактика в професійній діяльності лікаря

Синдром«емоційного вигорання» належить до феноменів особистісної деформації та являє собою багатоаспектний конструкт, набір негативних психологічних переживань, пов'язаних із тривалими

й інтенсивними міжособистісними взаємодіями з високою емоційною насиченістю або когнітивною складністю, а отже, можна сказати, що ключову роль у виникненні синдрому відіграють емоційно ускладнені або напружені стосунки в системі «людина-людина» в результаті тривалої дії професійних стресів середньої інтенсивності.

Серед професій, в яких синдром емоційного вигорання зустрічається найчастіше (від 30 до 90% працівників), слід відзначити лікарів, учителів, психологів, соціальних працівників, рятівників, працівників правоохоронних органів. Майже 80% лікарів-психіатрів, психотерапевтів, психіатрів-наркологів мають різного ступеня вираження ознаки синдрому емоційного вигорання.

Згідно визначенню ВООЗ (2001) *«синдром вигорання (burnout syndrome) – це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі і втомою, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю або інших психоактивних речовин з метою отримання тимчасового полегшення, що має тенденцію до розвитку фізіологічної залежності і (у багатьох випадках) суїцидальної поведінки.*

Синдром професійного вигорання розвивається поступово. За К. Маслач, (1982), він проходить три стадії:

На **першій** стадії всі симптоми проявляються в легкій формі через турботу про себе, наприклад, шляхом організації частіших перерв у роботі або забування якихось робочих моментів. Симптоми транзиторні, нестійкі. В залежності від характеру діяльності, сили нервово-психологічних навантажень і особистісних характеристик спеціаліста, перша стадія може тривати три – п'ять років.

На **другій** стадії спостерігається зниження інтересу до роботи, потреби в спілкуванні, прогресування апатії до кінця тижня, поява стійких негативних симптомів (немає сил, енергії, особливо в кінці тижня), головні болі по вечорах, надглибокий сон без сновидінь, збільшення кількості простудних захворювань, підвищена дратівливість, Симптоми проявляються регулярніше, мають затяжний характер і важко піддаються корекції. Людина може почувати себе виснаженою після гарного сну і навіть після вихідних. Тривалість даної стадії, в середньому, від п'яти до п'ятнадцяти років.

Ознаки та симптоми **третьої** стадії вигорання є хронічними. Можуть розвиватися фізичні і психологічні проблеми, психосоматичні захворювання. Людина може почати сумніватись в цінності своєї роботи, професії та самого життя. Характерна повна втрата інтересу до роботи і життя взагалі, емоційна байдужість, отупіння, відчуття постійної відсутності сил. Спостерігаються порушення пам'яті та уваги, порушення сну, особистісні зміни, прагнення до усамітнення. Приємнішими є контакти з тваринами і природою, ніж з людьми.

Заключна стадія – повне згорання, яке часто переростає в повну відразу до всього на світі. Стадія може тривати від десяти до двадцяти років.

Для синдрому вигорання характерні такі групи симптомів:

1. Психофізичні (психосоматичні) симптоми*:* відчуття ***постійної втоми***, відчуття емоційного і фізичного ***виснаження***; ***зниження сприйнятливості*** і реактивності на зміни зовнішнього середовища (відсутність реакції цікавості на чинник новизни або реакції страху на небезпечну ситуацію); ***загальна астенізація*** (слабкість, зниження активності і енергії, погіршення біохімії крові і гормональних показників); часті безпричинні ***головні болі***; постійні розлади шлунково-кишкового тракту; різка втрата або різке ***збільшення ваги***; повне або часткове ***безсоння*** (швидке засипання і відсутність сну рано вранці, починаючи з 4 години ранку або, навпаки, нездатність заснути увечері до 2-3 години ночі і «важке» пробудження вранці, коли потрібно вставати на роботу); постійний ***сонливий стан***; задуха або порушення дихання при фізичному або емоційному навантаженні; помітне ***зниження*** зовнішньої і внутрішньої ***сенсорної чутливості***: ***погіршення зору, слуху, нюху і дотику***, втрата внутрішніх, тілесних відчуттів.

2. Соціально-психологічні симптоми: байдужість, нудьга, пасивність і депресія (знижений емоційний тонус, відчуття ***пригніченості***); підвищена ***дратівливість*** на незначні, дрібні події; часті нервові «зриви» (спалахи невмотивованого гніву або відмова від спілкування, «відхід в себе»); постійне переживання ***негативних емоцій***, для яких в зовнішній ситуації причин немає (відчуття про-

вини, образи, підозрілості, сорому, скутості); відчуття неусвідомленого неспокою і підвищеної ***тривожності*** (відчуття, що «щось не так, як треба»); відчуття ***гіпервідповідальності*** і постійне відчуття ***страху***, що «не вийде» або людина «не справиться»; загальна ***негативна установка на*** життєві і професійні ***перспективи***.

3. Поведінкові симптоми: відчуття ***важкості роботи***; ***зміна робочого режиму*** дня; працівник постійно ***бере роботу додому***, але удома її не робить; ***відмова від ухвалення рішень***; відчуття ***даремності, невіра в поліпшення***, зниження ентузіазму по відношенню до роботи, ***байдужість*** до результатів; невиконання важливих, пріоритетних завдань і «застрявання» на дрібних деталях; не відповідна службовим вимогам витрата більшої частини робочого часу неусвідомлюване виконання автоматичних і елементарних дій; ***дистанційованість*** від співробітників і клієнтів, ***підвищення неадекватної критичності***; ***зловживання алкоголем***, різке зростання викурених за день сигарет, ***застосування наркотичних засобів***.

Виділяються такі рівні лікувально-профілактичних заходів щодо вигоряння:

- МАКРОРІВЕНЬ – суспільство (організаційний і соціально-економічний). Соціально-організаційні чинники: політико-економічна стабільність з адекватною оплатою праці; суворе дотримання трудового законодавства; вдосконалення правової бази, яка регламентує роботу; якісне проведення профілактичних медичних оглядів; впровадження страхування ризиків виробничої практики, проведення в централізованому порядку освітніх семінарів і тренінгів вигоряння.
- МЕЗОРІВЕНЬ – колектив (професійне середовище). Гігієна виробничих відносин включає раціональну організацію робочого часу з жорстким контролем дотримання режимів праці та відпочинку, активну соціальну підтримку з підвищенням професійної мотивації шляхом встановлення балансу між затраченими зусиллями і одержуваною винагородою, а також створення умов для зняття робочої напруги і підтримки соматичного здоров'я.

Формалізована структура змісту теми

- МІКРОРІВЕНЬ – особистість (психокорекція та психотерапія; фармакотерапія; альтернативні методи (аромо-, бібліо-, бальнео-, рефлексотерапію і т. п.). Особистісний рівень профілактики (в груповому та індивідуальному варіантах) націлений на купування стресових станів, що виникають у зв'язку з напруженою діяльністю, формування навичок саморегуляції, навчання методикам розслаблення і контролю власного фізичного і психічного стану, підвищення стресостійкості. Одним з методів профілактики даного синдрому є психологічне консультування і при необхідності-психокорекція. При цьому можуть здійснюватися: корекція негативних стереотипів буденної свідомості і неадекватних механізмів психологічного захисту, а також – формування професійної мотивації і адаптивних механізмів саморегуляції.

Запитання для самостійної роботи

1.Виключення шкідливих звичок (паління тютюну, зловживання спиртними напоями) як фактори збереження здоров'я.

2.Загальне уявлення про саногенез. Загальна характеристика механізмів саногенезу.

3.Психопрофілактика, її види. Первинна психопрофілактика. Вторинна психопрофілактика. Психосоціальна реабілітація.

4.Психопрофілактика в професійній діяльності лікаря

5.Мікроклімат ЛПУ як фактор рекреації психологічного здоров'я пацієнтів

6.Впровадження психопрофілактики в професійну діяльность лікарів різної спеціалізації

7.Фактори, що сприяють виникненню ятрогенних захворювань.

8.Професійні шкідливості в діяльності лікаря медичного психолога.

9.Методи та форми проведення пропаганди здорового способу життя серед різних груп населення.

Альтернативно-тестові завдання для самоконтролю

1. Напружений психологічний мікроклімат у виробничому колективі є фактором ризику захворювань:

a- Центральної нервової системи;
b- Периферичної нервової системи;
c- Сечостатевої системи;
d- ЛОР органів.

2. Первинна профілактика включає основні напрями:

a- удосконалення соціального життя людей
b- усунення негативних соціальних чинників
c- виховання соціально позитивно орієнтованої особистості
d- усе перелічене вірно

3. Профілактичний напрям медицини має таку спрямованість і має на увазі зміну:

a- умов життя людини, гігієни побуту і праці

b- навколишнього середовища

c- психогігієни поведінки

d- виховання свідомого ставлення до збереження і зміцнення здоров'я

e- усе перелічене вірно

4. З метою запобігання розвиткові нервово-психічних розладів проводять:

a- обстеження осіб, що працюють в екстремальних умовах

b- обстеження осіб, що перебувають у стані значного емоційного напруження

c- виділення й вивчення груп підвищеного ризику психосоматичної та нервово-психічної захворюваності

d- усе перелічене вірно

5. Психопрофілактика спрямована на:

a- збереження й зміцнення психічного здоров'я

b- оздоровлення суспільного середовища людини

c- запобігання виникненню психічних захворювань

d- жоден не підходить

6. Завданнями профілактики є:

a- запобігання дії на організм хвороботворної причини

b- запобігання розвиткові захворювання раннім діагностуванням та лікуванням

c- запобігання рецидивам хвороби і переходу у хронічну форму

d- усе перелічене вірно

7. Під первинною психічною профілактикою заведено розуміти:

a- систему заходів, спрямованих на вивчення психічних впливів на людину

b- вивчення властивостей психіки людини

c- вивчення можливостей запобігання психогенним та психосоматичним хворобам

d- усе перелічене вірно

8. Заходи, що їх відносять до психічної профілактики, спрямовано на:

a- підвищення стійкості психіки до шкідливих впливів

b- правильне виховання дитини

c- боротьбу з ранніми інфекціями, що можуть спричинити затримку психічного розвитку, асинхронію розвитку

d- усе перелічене вірно

9. Під вторинною профілактикою заведено розуміти:

a- систему заходів, спрямованих на запобігання небезпечному для життя або несприятливому перебігу захворювання, що вже розпочалося

b- систему заходів, спрямованих на підвищення стійкості психіки людини до шкідливих впливів

c- правильне виховання дитини

d- жоден не підходить

10. Вторинна профілактика включає:

a- ранню діагностику захворювання

b- ранній початок лікування

c- прогноз та запобігання небезпечним для життя хворого станам

d- досягнення найповнішої ремісії

e- усе перелічене вірно

11. Третинна профілактика спрямована на запобігання розвитку інвалідності при хронічних захворюваннях завдяки:

a- вірному застосуванню лікарських та інших засобів

b- використанню методів лікувальної та педагогічної корекції

c- систематичному поетапному використанню заходів реадаптації

d- усе перелічене вірно

12. Рівень компенсації залежить від:
a- ступеня дефекту
b- відмінності особистості хворого
c- психотерапевтичної роботи з ним
d- вміння лікаря створити нову життєву домінанту
e- усе перелічене вірно

13. Соціальна реадаптація – це:
a- створення відповідних умов для хворого в сім'ї
b- відновлення втрачених контактів з оточуючими
c- відновлення суспільного стану хворого
d- усе перелічене вірно
14. Що таке психопрофілактика?
a- дисципліна, що вивчає вплив захворювань на психіку людини
b- дисципліна, що має на меті зміцнення здоров'я людини
c- дисципліна, що має на меті запобігання нервово-психічним захворюванням
d- дисципліна, що має на меті запобігання соматичним захворюванням
e- жоден не підходить

Завдання та проблемні ситуації

1.Міжнародна класифікація етапів психопрофілактики за термінологією Всесвітньої Організації Охорони здоров'я.
2.Поняття Психопрофілактики.
3.Поняття Первинної Психопрофілактики.
4.Поняття Вторинної Психопрофілактики.
5.Поняття Третинної Психопрофілактики.
6.Психосоціальна реабілітація.
7.Психопрофілактика в професійній діяльності лікаря.
8.Поняття синдром вигорання.
9.Групи симптомів, характерні для синдрому вигорання.
10. Стадії синдрому професійного вигорання за К. Маслач, (1982).

Література

Основна:

1.Закон України «Про психіатричну допомогу». – К.: Сфера, 2000. – 50 с.

2.Закони України про охорону здоров'я: Збірник нормативно-правових актів. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 464 с.

3.Максименко С.Д., Максименко К.С.. Папуча М.В. Психологія особистості: Підручник. – К.: ТОВ «КММ», 2007. – 296с.

4.S.D. Maksymenko (2015). Genesis of Personality Existence: monography.Montreal: Accent Graphics Communication

5.Maksymenko, S.D.(2021) Genetic principles of creative personality confident as a propulsion of mental development. Ottawa: Accent Graphics Communications and Publishing. Glasgow: Society for the support of publishing initiatives and scientific mobility Limited.-615 p.

6.С.Д. Максименко Я.В. Руденко, А.М. Кушнєрьова, В.М. Невмержицький. Психічне здоров'я особистості: посібник для вищих навчальних закладів. Київ: "Видавництво Людмила", 2021. 438 с.

7.Максименко С.Д., Яланська С.П. Генетико-креативний підхід: діяльнісне опосередкування особистісного розвитку: монографія. Київ: "Видавництво Людмила", 2021.508 с.

8.Максименко С.Д., Костюк О.В., Максименко К.С., Немеш О.М., Луньов В.Є.Мультилінгвістичний дискурс невротизації майбутніх лікарів: монографія. Київ: "Видавництво Людмила", 2020. 171 с.

9.Максименко С.Д., Піроженко Т.О., Пророк Н.В., Папуча М.В. Психологічний портрет особистості дитини:вікові періоди Київ: "Видавництво Людмила", 2021. 104 с.

10. Maksimenko S.D. Features of the components of students' psychophysiological readiness to work as teachers, Idōkan Poland Association "IDO MOVEMENT FOR CULTURE. Journal of Martial Arts Anthropology", Vol. 21, no. 2 (2021), pp. 11–18

11. Maksimenko S.D.,Serdiuk L. Psychological Potential of personal self-realization.Social Welfare.Interdisciplinary Approach, 6(1), 93-100

12. Maksymenko, O. Lysenko Modern methods of diagnosing virtual addiction among adolescents: relevance and prospects. Монографія/ за ред. Аніти янковської, Riga, Latviaa,: IZDEVNICIBA BALTIJA PUBLISHING, 2019.С.-394-410

13. Максименко С.Д., Деркач Л.М., Розуміння сучасної когнітивної війни в глобальному вимірі, її генезис в українському контексті: огляд та напрямки майбутніх досліджень // Оборона і стратегія. університет оборони БРНО. Випуск: Том 23, №1 (червень 2023)

14. Максименко С., Яланська С., Атаманчук Н., та інш. Psychophysiological unloading with compliance taking into accounr: aeroapiphythotherapy resource. Acta Balneologica. – 2023. – № LXV (2),P.98-104

15. Максименко С.Д., Ірхін Ю.Б., Деркач Л.М., Марусинець М.М., Касинець М.М. Психологічна організація модульного формування когнітивних здібностей: генетико-креативний підхід. Психологічна організація модульного формування когнітивних здібностей: генетико-креативний підхід: навчальний посібник. Том 2. Київ: «Видавництво Людмила», 2023. 356 с.

16. Охорона психічного здоров'я у світі: Проблеми та пріоритети в країнах, що розвиваються / Р. Дежарлє, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман: Пер.з англ. – К.: Сфера, 2001. – 575 с.

17. Филатов А. Т., Скумин В. А. Психопрофилактика и психотерапия в кардиохирургии. – Киев: Здоровье, 1985. – 72 с. (Б-ка практ. врача).

18. Коцур Н.І., Гармаш Л.С. Психогігієна. – Чернівці, Переяслав-Хмельницький: Книги – ХХІ, 2006. – 380с.

19. Охорона психічного здоров'я у світі: Проблеми та пріоритети в країнах, що розвиваються / Р. Держалє, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман: Пер. з англ. – К.: Сфера, 2001. – 575 с. – Рос. мовою.

20. Богучарова О.І. Здоров'я особистості у психологічній перспективі. Монографія. – К.: Київський національний університет імені Тараса Шевченка, інститут післядипломної освіти. 2004 – 283с.

Додаткова:

1. Бабин І. І., Царенко А. В., Черняк В. М., Яцук Г. Ф. Пізнай себе: Матеріали до курсу «Валеологія». – Тернопіль: ТДПІУО, ТОШО, 2002. – 232 с.

2. Загальна психологія: Підруч. для студентів вищ. навч. закладів/ За загальн. ред. акад. С.Д. Максименка. — К.: Форум, 2002.

3. Загальна психологія. / За загальною редакцією академіка С.Д.Максименка. Підручник. – 2-ге вид., переробл. і доп. – Вінниця: Нова Книга, 2004. – 704 с.

4. Максименко С.Д. Генетическая психология (методологическая рефлексия проблем равития в психологии). – М. : «Рефл-Бук», К.: «Ваклер», 2000. – 320 с.

5. Максименко С.Д. Основи генетичної психології. – К., 1998. – 218с.

6. Общая психология / Под ред. С. Д. Максименко. – М.: Рефл-бук; К.: Ваклер, 1999.

7. Максименко С.Д. Общая психология. — М.: Рефл-бук, К.: Ваклер, 2001.

8. Максименко С.Д. Розвиток психіки в онтогенезі. Моделювання психологічних новоутворень: генетичний аспект. — К.: Форум, Т.2, 2002.

9. Максименко С.Д. Розвиток психіки в онтогенезі: Теоретико-методологічні проблеми генетичної психології. — К.: Форум, Т.1, 2002.

10. Максименко С.Д., Носенко Е.Л. Експериментальна психологія (дидактичний тезаурус): Навч. посібн. — К.: МАУП, 2002.

11. 15. Максименко С.Д., Щербан Т.Д. Професійне становлення молодого вчителя. — Ужгород: Закарпаття, 1998.

12. Психологія / За ред. Г.С. Костюка. — К.: Рад. школа, 1968.

13. Шапар В.Б. Психологічний тлумачний словник. – Х.: Прапор, 2004. – 640 с.

14. Губенко І.Я., Карнацька О.С., Шевченко О.Т. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособово-

го спілкування : підручник / І.Я.. Губенко, О.С. Карнацька, О.Т. Шевченко. – 3-є вид. – Київ : Медицина, 2021. – 312 с.

15. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: кол. монографія / за заг. ред. Ю.Д. Бойчука. – Харків: Вид. Рожко С.Г., 2017. – 488 с.

16. Психологія здоров'я людини : навч. посіб. / І.В. Толкунова, О.Р. Гринь, І.І. Смоляр, О.В. Голець; за ред.. І.В. Толкунової. – Київ, 2018. – 156 с.

17. Осадько, О.Ю. Общение как элексир здоровья (коммуникативные механизмы самогенеза личности) : монография / О.Ю. Осадько ; НАПН Украины ; Ин-т социальной и политической психологии. – Киев : Милениум, 2016. – 340 с.

18. Длугош, П. Молодь Польщі та України в умовах пандемії COVID-19 : стан психічного здоров'я та рівень нейротизму / П. Длугош, Л. Криванчук // Психологічний часопис: науковий журнал / за ред. С.Д. Максименка. – Київ, 2020. – Т.6, вип. 7(39). – С.9-17.

19. Артюхова, А.В. особливості психологічного здоров'я курсантів в період пандемії COVID-19 / А.В. Артюхова // Психологічний часопис: науковий журнал / за ред. С.Д. Максименка. – Київ, 2020. – Т.6, вип. 6(38). – С.19-28

20. Козлов, О. В. Культурно-специфічні моделі психологічного здоров'я / О. В. Козлов // Актуальні проблеми психології : збірник наукових праць / за ред. С. Д. Максименка. – Миколаїв : Іліон, 2015. – Т. 7 : Екологічна психологія. – Вип. 38. – С. 233-244. – Бібліогр.: с. 241-242 (19 назв).

21. Піковець, Н. В. Категорія психологічного здоров'я особистості в контексті професійної діяльності педагога / Н. В. Піковець // Актуальні проблеми психології : збірник наукових праць / за ред. С. Д. Максименка. – Київ : Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2016. – Т. 1 : Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. – Вип. 44. – С. 132-138. – Бібліогр.: с. 137 (17 назв).

22. Омельченко, Ю. О. Мотивація як чинник збереження психологічного здоров'я бійців / Ю. О. Омельченко // Актуальні проблеми психології : збірник наукових праць / за ред. С. Д. Мак-

сименка. – Київ : ТОВ "Талком", 2017. – Т. 11 : Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Вип. 15. – С. 389-395. – Бібліогр.: с. 394 (4 назви).

23. Терещенко, Л.А. Психологічний підхід до визначення поняття "психічне здоров'я" суб'єктів взаємодії в освітньому просторі / Л. А. Терещенко, Т. В. Петровська // Актуальні проблеми психології : збірник наукових праць / за ред. С. Д. Максименка. – Житомир : Вид-во ЖДУ імені І. Франка, 2019. – Т. 6 : Психологія обдарованості. – Вип. 15. – С. 340-348. – Бібліогр.: С. 347-348 (8 назв).

24. Карамушка, Л. М. Методики для дослідження "mental health" персоналу організацій / Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко // Актуальні проблеми психології : збірник наукових праць / за ред. С. Д. Максименка. – Київ : Логос, 2019. – Т. 1 : Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. – Вип. 54. – С. 15-22. – Бібліогр.: с. 20-21 (23 назви.

25. Карамушка, Л. М. Тренінгова програма "Професійна кар'єра та психологічне здоров'я освітнього персоналу" / Л. М. Карамушка, Т. В. Карамушка // Організаційна психологія. Економічна психологія : науковий журнал / Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України; Укр. Асоц. організац. психологів та психол. праці. – Київ : Логос, 2019. – № 4 (18). – С. 36-45. – Бібліогр.: С. 44-45 (19 назв).

26. Карамушка, Л. М. Копінг-стратегії: сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоров'я особистості та організації / Л. М. Карамушка, Ю. С. Снігур // Актуальні проблеми психології : збірник наукових праць / за ред. С. Д. Максименка. – Київ : Логос, 2020. – Т. 1 : Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. – Вип. 55. – С. 23-30. – Бібліогр.: С. 27-29 (38 назв).

27. Терещенко, К. В. Детермінанти забезпечення психологічного здоров'я персоналу організацій в умовах соціальної напруженості / К. В. Терещенко // Актуальні проблеми психології : збірник наукових праць / за ред. С. Д. Максименка. – Київ : Логос, 2020. – Т. 1 : Організаційна психологія. Економічна психоло-

гія. Соціальна психологія. – Вип. 55. – С. 59-66. – Бібліогр.: с. 63-65 (31 назва).

28. Лагодзинська, В.І.. Креативність як важлива детермінанта забезпечення психологічного здоров'я особистості: теоретичний аналіз проблеми / В. І. Лагодзинська // Актуальні проблеми розвитку організаційної та економічної психології в Україні : Тези III Всеукраїнського конгресу з організаційної та економічної психології (20-22 червня 2019 року, м. Кам'янець-Подільський) / Ін-т психол. ім. Г. С. Костюка НАПН України, Кам'янець-Подільськ. нац. ун-т ім. І. І. Огієнка, Укр. асоц. організац. психол. та психол. праці, Центр організац. і економ. психол. – Київ, Кам'янець-Подільський : Кам.-Под. нац. ун-т ім. І. Огієнка, 2019. – С. 71-72.

29. Креденцер, О. В. Теоретичний аналіз основних підходів до визначення поняття "здоров'я" в психології / О. В. Креденцер // Актуальні проблеми психології : збірник наукових праць / за ред. С. Д. Максименка. – Київ : Логос, 2020. – Т. 1 : Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. – Вип. 55. – С. 44-50. – Бібліогр.: с. 49-50 (23 назви).

30. Бурлакова, І. А. Професійне здоров'я майбутніх фахівців економічної сфери як соціогуманітарне поняття / І. А. Бурлакова // Актуальні проблеми психології : збірник наукових праць / за ред. С. Д. Максименка. – Київ-Ніжин : ПП Лисенко М. М., 2017. – Т. 9 : Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія. – Вип. 10. – С. 34-40.

31. Харченко, А. С. Психологічні особливості ціннісного ставлення до здоров'я сучасних підлітків / А. С. Харченко // Психологія і особистість : науковий журнал / Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, Полтавськ. нац. пед. ун-т ім. В.Г. Короленка. – Київ ; Полтава : ПНПУ, 2017. – № 1(11). – С. 174-182. – Бібліогр.: С. 180-181 (9 назв).

32. Фельдман, Ю. І. Установки особистості по відношенню до здоров'я у період молодості / Ю. І. Фельдман // Психологія і особистість : науковий журнал / Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, Полтавськ. нац. пед. ун-т ім. В.Г. Короленка. – Київ ; Полтава : ПНПУ, 2017. – № 1(11). – С. 164-173. – Бібліогр.: С. 172-173 (6 назв).

ЗМІСТ

Передмова 3
Тема 1. Теоретичні основи психології здоров'я людини 16
1.1. Теоретико-методологічні засади психології здоров'я людини 16
1.1.1. Предмет і завдання дисципліни «Психологія здоров'я людини» та її роль у формуванні світогляду медика 17
1.1.2. Зв'язок психології здоров'я людини з іншими медичними дисциплінами, нозоцентричний та нормоцентричний підхід до курації 19
1.1.3. Біоетика в медичній психології, основні напрямки біоетичних дискусій 23
1.1.4. Права людини і професійні обов'язки лікарів в міжнародних та національних регламентуючих документа 26
1.1.5. Етичні та деонтологічні аспекти психології здоров'я людини 41
1.2. Концепція та основні засади психологічного здоров'я 49
1.2.1. Загальна стратегія концепції здоров'я 49
1.2.2. Індивідуальне і популяційне здоров'я, їх сутність 58
1.2.3. Чинники, що обумовлюють психологічне здоров'я. Фактори ризику 63
1.3. Порушення психологічного здоров'я 76
1.3.1. Симптоми і ознаки, що відносяться до емоційного стану 78
1.3.2. Симптоми і ознаки, що відносяться до зовнішнього вигляду і поведінки 106
1.3.3. Інші порушення психологічного здоров'я 114
1.3.4. Соціальна адаптація. Професійна деформація 119

1.4. Організаційно-методичні засади психології здоров'я людини 134
1.4.1. Основні напрямки розвитку духовності, захисту моралі та формування здорового способу життя громадян України 135

1.4.2. Основні документи держави щодо розвитку духовності 139
1.4.3. Напрямки діяльності органів виконавчої влади, громадських і релігійних організацій, навчальних, культурно-просвітницьких закладів..... 142
1.4.4. Основні програми запропоновані для запобігання девіантної поведінки молоді 147
1.4.5. Питання психології здоров'я в Державних програмах з різних галузей медицини..... 153

Тема 2. Дескриптори та детермінанти впливу на психологічне здоров'я 170
2.1. Спосіб життя 170
2.1.1. Структурно-функціональна характеристика способу життя..... 171
2.1.2. Здоровий спосіб життя 175
2.1.3. Життєві стратегії та життєві сценарії 182
2.1.4. Якість життя. Умови життя як чинники впливу на здоров'я 195
2.1.5. Нездоровий спосіб життя або саморуйнівна поведінка 200
2.2. Проблеми, пов'язані із способом життя 210
2.2.1. Вживання тютюну 211
2.2.2. Вживання алкоголю..... 214
2.2.3. Використання наркотиків та інших психоактивних речовин 219
2.2.4. Вплив гіподинамії та нераціонального харчування 227
2.2.5. Екстремальна поведінка..... 229
2.3. Вплив екології на психологічне здоров'я 238
2.3.1. Проблеми ендоекології 241
2.3.2. Проблеми, пов'язані з фізичними чинниками..... 243
2.3.3. Дія виробничих чинників 248
2.3.4. Природні та техногенні катастрофи і психологічне здоров'я 253

Тема 3. Основи психологічного здоров'я мікро- та макросоціуму 262
3.1. Вікові аспекти психологічного здоров'я 262
3.1.1. Характеристика психічного розвитку (за розробками Г.С. Костюка 265
3.1.2. Вікові закономірності розвитку психіки, вплив психосоціальних обставин. Кризи розвитку 267
3.1.3. Виховання, функції та особливості. Типи неправильного виховання за А.А.Портновим 273
3.1.4. Психологічні особливості дитячого та юнацького віку. Типові психологічні кризи 276
3.1.5. Психологічна характеристика зрілості і старості. Криза середнього віку. Поняття старечості. Інволюційна криза 286
3.2. Функціонування сім'ї та її дезадаптаційні форми 303
3.2.1. Стадії розвитку сім'ї 306
3.2.2. Типи родини 309
3.2.3. Подружня адаптація 315
3.3. Особистість та мікросоціальне оточення: потенційна небезпека для психологічного здоров'я 330
3.3.1. Проблеми, пов'язані з несприятливими життєвими подіями в дитинстві 332
3.3.2. Проблеми, пов'язані з взаєминами подружжя або партнерів 340
3.3.3. Проблеми, пов'язані з обставинами житлового і економічного характеру 350
3.4. Вплив мезо- та макросоціального оточення на психологічне здоров'я 355
3.4.1. Проблеми, пов'язані з навчанням і письменністю 355
3.4.2. Проблеми, пов'язані з роботою і безробіттям 356
3.4.3. Проблеми, пов'язані з адаптацією до зміни образу життя та іншими психосоціальними обставинами 358

Тема 4. Медико-соціальні основи психічного здоров'я людини 371
4.1. Концепція психічного здоров'я 371

4.1.1. Концепція охорони здоров'я ВООЗ 371
4.1.2. Людина як об'єкт психічного здоров'я..... 374
4.1.3. Загальнобіологічна природа хвороби..... 379
4.1.4. Біологічні і соціальні фактори психічної адаптації та дезадаптації в розвитку психічних розладів 382
4.2. Поняття психічної норми і психічних розладів 393
4.2.1. Континуум норма-патологія 394
4.2.2. Психічна хвороба. МКХ-10..... 400
4.2.3. Психосоматичні та соматопсихічні відносини. Психосоматика 407
4.2.4. Соціально-психологічні аспекти суїцидології 415
4.3. Основи психогігієни..... 425
4.3.1. Вікова психогігієна..... 427
4.3.2. Родинна психога 429
4.3.3. Психогігієна професійної діяльності..... 433
4.3.4. Сучасний підхід до хворого: психогігієна взаємовідносин лікаря і пацієнта 433
4.3.5. Роль санітарно-охоронного режиму лікарні у збереженні та відновленні психологічного та психічного здоров'я хворих..... 436
4.4. Основи психопрофілактики..... 441
4.4.1. Первинна психопрофілактика..... 442
4.4.2. Вторинна психопрофілактика..... 444
4.4.3. Третинна психопрофілактика 445
4.4.4. Психосоціальна реабілітація 446
4.4.5. Психопрофілактика в професійній діяльності лікаря 449

Навчальне видання

Максименко Сергій Дмитрович,
Гришко Олександр Дмитрович

ПСИХІЧНИЙ СУПРОВІД І ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я

Том 2

Посібник для вищих навчальних закладів

Підписано до друку 24.05.2024. Формат 60×84/16.
Папір офсетний. Гарнітура Таймс. Друк офсетний.
Умов. друк. арк. 28,4. Наклад 300. Зам. 209.

Надруковано у «Видавництво Людмила»
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи ДК № 5303 від 02.03.2017
«Видавництво Людмила»
03148, Київ, а/с 115
Тел./факс: +380504697485, 0683408332
E-mail: lesya3000@ukr.net