

МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ



МАУП

НАУКОВІ ПРАЦІ МАУП

Засновано у 2001 р.

Випуск 3(22)

Київ
ДП «Видавничий дім «Персонал»
2009

УДК 330-339; 321.7; 159.9
ББК 65.9(4УКР)я43
М43

Редакційна колегія

Захожай В. Б., д-р екон. наук, проф. — головний редактор
Головатий М. Ф., д-р політ. наук, проф. — заступник головного редактора
Саєвич І. Г., канд. філол. наук — відповідальний редактор
Чирков В. М. — відповідальний редактор за випуск

Економічні науки

Баєва О. В., д-р біол. наук, проф., Дахно І. І., д-р екон. наук, проф., Дмитренко Г. А., д-р екон. наук, проф., Захожай В. Б., д-р екон. наук, проф., Куроченко О. В., д-р екон. наук, проф., Радзієвський О. І., д-р екон. наук, Федоренко В. Г., д-р екон. наук, проф., Швець В. Я., д-р екон. наук, проф.

Політичні науки

Антонюк О. В., д-р політ. наук, проф., Бабкіна О. В., д-р політ. наук, проф., Бідзюра І. П., д-р політ. наук, Варзар І. М., д-р політ. наук, проф., Головатий М. Ф., д-р політ. наук, проф., Хижняк І. А., д-р іст. наук, проф., Храмов В. О., д-р політ. наук, проф., Шуба О. В., д-р політ. наук, проф.

Психологічні науки

Балл Г. А., д-р психол. наук, проф., Лігоцький А. О., д-р пед. наук, проф., Ложкін Г. В., д-р психол. наук, проф., Приходько Ю. О., д-р психол. наук, проф., Синьов В. М., д-р пед. наук, проф., Чернуха Н. М., д-р пед. наук, проф., Чуприков А. П., д-р мед. наук, проф.

Юридичні науки

Александров Ю. В., канд. юрид. наук, проф., Ануфрієв М. І., канд. юрид. наук, проф., Бородин І. Л., д-р юрид. наук, проф., Бандурка О. О., д-р юрид. наук, проф., Корнієнко М. І., канд. юрид. наук, проф., Марчук В. М., д-р юрид. наук, проф., Подоляка А. М., канд. юрид. наук

Рекомендовано до друку Вченою радою Міжрегіональної Академії управління персоналом (протокол № 6 від 24 червня 2009 р.)

Міжрегіональна Академія управління персоналом.

Наукові праці МАУП / Редкол.: В. Б. Захожай (голов. ред.) та ін. — К. : МАУП, 2001. — Вип. 1. —

ISBN 966-608-120-2

К. : ДП «Вид. дім «Персонал», 2009. — Вип. 3(22). — 256 с.: іл. — Бібліогр. в кінці ст.

ISBN 978-611-02-0010-3

У збірнику наукових праць публікуються статті науковців, які займаються проблемами розвитку економіки, політології, психології і права.

Для науковців, викладачів, студентів, а також усіх, кого цікавить розвиток науки в Україні.

Збірник “Наукові праці МАУП” зареєстровано Державним комітетом інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України (свідоцтво від 11.04.02 за № 6048, серія КВ) як наукове видання, в якому висвітлюються результати наукових досліджень в галузях економіки, політології, соціології, психології, права, матеріалів наукових конференцій.

Вищою атестаційною комісією України “Наукові праці МАУП” визнано як фахове видання з економічних і психологічних наук (за постановою Президії ВАК України № 1-05/6 від 14 червня 2007 р.).

ББК 65.9(4УКР)я43+88я43

ISBN 966-608-120-2

ISBN 978-611-02-0010-3

© Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП), 2009
© ДП «Видавничий дім «Персонал», 2009

Абдуллаев Самир Проблема Каспия.....	152	ЮРИДИЧНІ НАУКИ	201
Лук'янова Н. Л. Державна молодіжна політика як засади практичної реалізації політики щодо молодого покоління в Україні	158	Моршинев Є. І., Федик Є. І. До проблеми правового забезпечення матеріальної відповідальності працівників і перспектив її існування	201
ПСИХОЛОГІЧНІ НАУКИ	162	Низенко Е. І. Деякі аспекти захисту інформації у сфері підприємницької діяльності.....	208
Чернуха Н. М., Бахов І. С., Пантохін В. О. Виховання культури міжнаціонального спілкування і толерантної поведінки у вищій школі	162	Гудов В. В. Витоки інститутів громадянського суспільства в давній Русі-Україні	213
Сусьька О. О. Мас-медіа та їх роль в політичному дискурсі (соціально-психологічний аспект).....	168	Побережний В. І. Незаконні дії у разі банкрутства: вітчизняний і зарубіжний досвід.....	217
Андрощук А. Г. Лінгвопсихологічний вимір сучасної бізнес-освіти.....	174	Романченко С. Г. Роль та місце процесуальних норм у податковому праві	220
Терлецька Н. В. Невротичні розлади як психогенні захворювання в медичній психології.....	179	Глієва Стоянка Іванова Здійснення суб'єктивного цивільного права за законодавством України і Республіки Болгарія	228
Садовая М. А. Категория цели как составляющая потенциала самореализации личности	185	Лезнер В. В. Громадянське суспільство: поняття, ознаки і принципи діяльності.....	235
Проскуріна В. А. Комунікація і комунікативні бар'єри: соціально-психологічний підхід	190	Ноженко В. А. Концепції співвідношення законності та справедливості в ідеях учених ХХ століття	243
Шипелик Т. В. Роль нравственной психологии в развитии личности	198	Сокуров Я. Міжнародний захист права дитини на освіту	249
		Відомості про авторів	253

НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ ЯК ПСИХОГЕННІ ЗАХВОРЮВАННЯ В МЕДИЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ

Наукові праці МАУП, 2009, вип. 3(22), с. 179–184

Проведено теоретичний аналіз літературних даних щодо методів діагностики і психологічних індикаторів виявів невротичних розладів. Доведено, що серед порушень психічного здоров'я особливе місце займають нервово-психічні розлади та явища дезадаптації, в механізмах розвитку яких тісно переплітаються біологічні, соціальні й психологічні фактори. Висвітлено актуальність розглядуваної теми для охорони психічного здоров'я людей, створення найбільш сприятливих умов для розвитку особистості.

Охорона психічного здоров'я людей, створення найбільш сприятливих умов для розвитку особистості є важливими завданнями медицини і психології. Серед порушень психічного здоров'я особливе місце займають нервово-психічні розлади і явища дезадаптації. За даними останніх епідеміологічних досліджень, у 2–3 % дітей і підлітків існують серйозні психічні захворювання, у 8–10 % — емоційні розлади [8, 274], у 22 % учнів масових шкіл виявлено ознаки соціальної дезадаптації без виражених загальноневротичних порушень. Кількість випадків нервово-психічних розладів збільшується у препубертатному і ранньому пубертатному віці. Дослідженнями встановлено, що лише 22 % учнів 6-го класу можуть бути визнані абсолютно здоровими і соціально адаптованими.

Труднощі розмежування граничних нервово-психічних розладів, невротичних реакцій, неврозосхожих порушень і системних нервово-психічних розладів ускладнюють проблему виявлення людей та підлітків групи ризику і надання їм своєчасної допомоги. Особи з такими рисами характеру, як відлюдність, тривожність, боязкість, нерішучість, надумливість, як правило, не привертають уваги та їх вважають благополучними. Вони рідко звертаються в медичні установи за допомогою у випадках доклінічних форм нервово-психічних порушень. Питання виявлення контингенту людей, підвищено вразливого

відносно розвитку невротичних розладів, а також проведення психопрофілактичних і психокорекційних заходів могла б взяти на себе психологічна служба. Проте недостатнє науково-методичне забезпечення, брак простих експрес-методів скринінгової діагностики та обґрунтованих програм психологічної корекції преневротичних станів у людей і молодших підлітків гальмує цю важливу діяльність. У працях А. Захарова, В. Гарбузова, Л. Співаковської пропонуються методи сімейної психотерапії і психокорекції невротичних станів у дітей і підлітків. Однак можливості такої роботи в умовах шкільної психологічної служби досить обмежені.

Загальновідомо, що крім соціальних і біологічних детермінант виникнення та розвитку невротичних розладів, у формуванні стійких дезадаптивних поведінкових стереотипів, пов'язаних з ризиком розвитку невротичних розладів у дітей та підлітків, велике значення мають психологічні фактори. В останні роки в західній когнітивно-поведінковій психотерапії (А. Beck, G. Emery, A. Ellis, Ph. Kendall та ін.) пропонуються методи лікування, профілактики і корекції тривожних розладів, які базуються на уявленнях про важливу роль особливостей сприйняття, перероблення та структурування інформації в їх походженні. Більшість цих досліджень спрямовано на роботу з дорослими, але в деяких літературних джерелах наводяться дані, які свідчать про ефективність ког-

нітивно-поведінкових методів при корекції тривожних розладів у дітей та підлітків (Ph. Kendall, Prins, Francis, S. Deal). У вітчизняній науці такі дослідження фактично не проводились.

Неврози, або невротичні розлади — це функціональні розлади психічної діяльності, що виникають як реакція на певні психотравмуючі події (конфлікти) та обумовлені недосконалістю механізмів психологічного захисту. При неврозах виявляються різноманітні симптоми, що призводять до порушення практично всіх пізнавальних процесів. Деякі з них стають патогномічними, що визначають розвиток невротичних розладів, інші симптоми відображають зміни, зумовлені самою хворобою.

Розгляд даної теми дає змогу поглибити розуміння проблеми невротичних розладів як складових психогенних захворювань особистості і з'ясувати особливості діяльності медичного психолога з вивчення проблем невротичних розладів та обґрунтувати програму психокорекційних, психотерапевтичних заходів щодо профілактики осіб, схильних до психогенних захворювань.

Вивчення невротичних розладів почалося тільки в перші роки ХХ ст. Фактором, який викликає невротичні захворювання, часто бувають несприятливі взаємовідносини, що склалися між лікарем і хворим, здебільшого в період діагностування хвороби. Необережні зауваження лікаря, зайве підкреслювання симптоматики захворювання, з одного боку, його нерішучість, надмірне наполягання на консультаціях висококваліфікованих колег — з іншого, створюють у хворого впевненість, що захворювання важке, або навпаки, що у нього є захворювання, якого насправді немає. Такими ж факторами можуть стати ті чи інші аналізи, видані на руки хворому, особливо якщо вони супроводжуються некомпетентними коментарями лаборантів, недоречними “роз’ясненнями” медичних сестер, розмовами санітарок та ін.

До факторів, що сприяють виникненню невротичних розладів, належать такі: а) особливості особистості хворого (слабкий тип вищої нервової діяльності, тривожно-недовірливий характер психастеніка, істерики); б) фізичне виснаження хворого, астенизація його внаслідок тих чи інших соматичних захворювань. В усіх випадках характерною є підвищена збудливість емоційної сфери хворого.

Невротичні захворювання виражаються у двох основних типах: а) чисто психогенні невротичні реакції; б) погіршення наявного соматичного захворювання.

Симптомологія невротичних захворювань дуже різноманітна, загалом вона зводиться до важких хворобливих відчуттів у тому органі чи системі органів, на яких вже було зосереджено увагу хворого і на яких фіксація хворого інтенсифікувалась чи то в результаті необережного зауваження лікаря (“у вас серце, як ганчірка” та ін.), чи поміченої хворим надмірної уваги до окремих симптомів і “осередків” хворобливих переживань. У хворого внаслідок цих моментів настрої стає тривожним, починають переважати іпохондричні переживання, виникає різко виражена тенденція до перебільшення “небезпеки захворювання”.

Класифікація неврозів, незважаючи на велику кількість праць з цього питання, залишається і досі предметом дискусії. Багато авторів ідентифікують поняття “невроз” з невротичними розвитками на тій підставі, що неврози схильні до тривалого протікання і частих рецидивів симптоматики.

П. Жане (1892) виокремлював дві основні форми неврозів: істерію і психастенію. Досить тривалий час виокремлювали три клінічні форми неврозів: неврастенію, істеричний невроз і невроз нав’язливих станів.

В. Мясіщев виокремлює три типи невротичних конфліктів, що відповідають певним формам неврозів: істеричний, obsесивно-психастенічний і неврастенічний. Істеричний невроз характеризується підвищеним рівнем домагань при недооцінюванні реальних умов і нездатності гальмувати невідповідні цим умовам бажання; obsесивно-психастенічний — суперечністю між бажанням і обов’язком; неврастенічний — невідповідністю між можливостями, прагненнями особистості і завищеними вимогами до себе [7].

Пізніше стали використовувати четвертий діагноз — депресивний невроз чи невротичну депресію. Кожна з основних форм неврозу має як спільні з іншими симптоми, так і притаманні тільки їй клінічні і психологічні характеристики.

Так, професор А. Кемпінські вважає, що до основних симптомів усіх неврозів належать фобії, вегетативні порушення, егоцентризм і симптом зачарованого кола. Що ж до генезу фобії, то вечний виокремлює чотири її типи [5]:

- біологічний страх, що з’являється в результаті загрози двом основним біологічним законам — збереженню власного життя і життя виду;
- суспільний страх, що з’являється в ситуації, яка загрожує осудом з боку оточуючих;

- моральний страх, викликаний загрозою з боку інтерналізованого суспільного віддзеркалення (совість — *superego*);
- дезінтеграційний страх, що з'являється при кожному порушенні існуючої структури інтеграції з оточуючим середовищем.

У невротичному егоцентризмі присутня виражена претензія до оточуючих “ніхто мене не розуміє”, “ніхто не хоче мені допомогти”. “При невроті людина перебуває на межі між соматичною і психічною хворобою” — вважає А. Керпські (1989). Егоцентризм хворої людини становить пункт її слабкості, яка вимагає опіки з боку оточуючих. “Егоцентризм висловлює протест проти власної долі, в ньому криється агресія і до самого себе і до всього світу” — так визначав А. Кемпінські суть цього стану [5].

Четвертий симптом невроту Кемпінські визначає як симптом зачарованого кола. Його суть полягає у закритті невротичного ланцюга — причини і наслідку. Концентрація уваги хворого на хворобі або опирання їй ще більше загострюють негативні симптоми. “Невротичне зачароване коло — це одна з причин, у результаті яких хворий людині важко вийти з егоцентричного обертання навколо своєї осі” [5].

Зі всіх форм невроту найбільш поширеною є **неврастенія** (з лат. означає “нервова слабкість”) — психогенне невротичне захворювання, у клінічній картині якого основне місце займає астеничний синдром. Уперше узагальнюючий опис цієї хвороби, назвавши її неврастенією, дав американський вчений Берд [5].

Передумовою, як правило, є перевтома, пов'язана з недосипанням або з тривалою розумовою працею. На цьому тлі різні негативні діючі фактори — гострий чи хронічний конфлікт, неприємності на роботі, в особистих стосунках, раптові зміни в умовах праці, побуту, вимоги, що перевищують можливості, — призводять до розвитку невроту.

Клінічні симптоми хвороби зростають повільно і поступово.

Неврастенія (астеничний неврот) характеризується надзвичайною чутливістю до хвилювань, фізичних перевантажень, перевтоми, її основним симптомом є дратівлива слабкість. Виявляється різка збудливість і надмірне виснаження. Хворі часто скаржаться на головний біль, неприємні відчуття від різних зовнішніх подразників (різкі звуки, яскраве світло та ін.). До порушень вегетативних і сенсомоторних додаються афективні. Стає типовою емоційна нестриманість. Зміна

стану стає особливо помітною в той період, коли на людину починає повторно діяти травмуючий психіку фактор. Хвора людина не володіє своїми почуттями. Зростають образливість, роздратування, настрої нестійкий і пригнічений. Сон супроводжується кошмарами, тому вранці відсутнє відчуття відпочинку і бадьорості. Як правило, найгіршим самопочуття буває вранці.

На думку А. Кемпінського, характерні симптоми неврастенії — втомлюваність і роздратування — є виявом неправильного функціонування центральної нервової системи.

Якщо хворий неврастенією продовжує працювати, як і раніше, то з'являються труднощі в інтелектуальній сфері (ідеомоторний рівень розладів). Знижується зосереджуваність, послаблюється пам'ять. Низька працездатність викликає невдоволення собою, дратівливість, слабкість, відчуття втоми. Спроби відволіктися не приносять задоволення. Зростають втома, роздратування, виникають конфлікти з близькими.

Хворі неврастенією схильні до аналізу своїх відчуттів, тривожно до них дослухаються. Підвищується тривожність, з'являється іпохондрія. При тривалому протіканні неврастенії спостерігається розширення симптоматики, з'являються фобічні та істеричні розлади, при переході в хронічну стадію — невротичний астеничний розвиток особистості.

Як правило, виокремлюють два варіанти неврастенії: неврот виснаження, причиною якого є непосильні, переважно інтелектуальні навантаження, і реактивну неврастенію, зумовлену психотравмуючими ситуаціями з попередніми астенизуючими факторами — перевтомою, недосипанням, соматичною хворобою та ін. Цей поділ досить умовний, оскільки при невроті виснаження, як правило, присутній і реактивний компонент: тривога у зв'язку з дефіцитом часу, страх за якість виконаної роботи, страх через неможливість зробити роботу своєчасно та ін.

Протікання неврастенії може бути несприятливим і тривалим, з ускладненнями невротичної симптоматики. Однак при обстеженнях більшість дослідників відзначають відносно сприятливий вихід з хвороби.

Ж. Шарко (1887) визначав **істерію** як своєрідну форму невроту, яка характеризується періодичними спазматичними нападами, а також постійними ознаками (стигмами). Істерію він вважав функціональним розладом, який імітує різні органічні захворювання. У виникненні істеричних симптомів Шарко підкреслював роль емоцій і навіювань [5].

П. Жане в істерії розрізняв два види симптомів: аксиденси (змінні і тимчасові симптоми) та стигми (основні постійні симптоми) [5].

Аксиденси визначаються наявністю підсвідомих надцінних ідей, які виявляються так званим частковим психологічним автоматизмом (коли частина особистості відщеплюється від суб'єктивної свідомості і проходить її автономний свідомий розвиток). Ці ж надцінні ідеї можуть спостерігатися і при істеричних нападах та каталепсії. Істерію П. Жане розглядав як форму роздвоєння особистості, що є результатом порушення функції синтезу особистості. Стигми він розглядав як вияв основного розладу, яким є звуження поля свідомості в результаті психологічної слабкості, що утворює своєрідний тип порушення процесу сприймання навколишнього світу. В такому випадку при істерії порушується як структура особистості, так і сприймання. Як і Ж. Шарко, П. Жане визнавав психогенну етіологію істерії, хоча і вважав, що для її появи необхідний “грунт” у вигляді неправильних фізіологічних процесів [5].

Фрейд і Брейер (1895) дійшли висновку, що основним фактором у генезі істерії є психічна травма, якщо розуміти її у значенні негативного психічного переживання (будь-яка подія, пов'язана з переживанням почуття страху, сорому, провини). Подібні погляди висловлювали раніше Шарко (розрізнення травматичної та ідіопатичної істерії), Жане, Біне. Патогенний ефект може чинити як одноразова сильна травма, так і багато “слабких” травм, вплив яких зростає впродовж життя індивіда. Саме дослідження істерії стали підґрунтям у створенні фундаментальної теорії психоаналізу З. Фрейда (1895) [5].

Для істеричного невроту характерні підвищена аутосугестія та самонавіюваність. Цим пояснюються розмаїття і мінливість істеричних розладів. Симптоми можуть нагадувати вияви різних соматичних хвороб, тому Ж. Шарко і назвав її “великою симулянткою”. Але яскраві феномени, детально описані в минулому столітті цим ученим, у наш час трапляються дуже рідко.

Істеричний напад у сучасних виявах частіше нагадує гіпертонічний криз, серцевий напад та інші вегетативно-судинні пароксизми, що виникають через травмуючу ситуацію. Замість втрати чутливості частіше спостерігається оніміння кінцівок, замість паралічу — слабкість в руках і ногах, замість мутизму — заїкання, запинання в мові. У бесідах з лікарем хворі заперечують психогенний характер розладів, ускладнюючи цим

діагностику. З одного боку, вони підкреслюють винятковість своїх страждань, їх неповторність і незрозумілість, з іншого — ніби виявляють дивну байдужість до змін у собі.

Серед усіх загальних закономірностей розвитку невроту при істерії є одна особливість, яка ніколи не спостерігається при інших його формах. Помічено, що той чи інший істеричний симптом, той чи інший розлад мають для хворого певну “бажаність”, оскільки хвороба, що розвивається, знімає з хворого безліч проблем і виправдовує його не лише в очах інших, а й перед самим собою. І здебільшого, як показують спостереження, поява істеричних симптомів чи їх загострення спостерігається саме в той період, коли хворого оточують люди і коли можна привернути їхню увагу. Це не є симуляція, це особливий тип реагування на зовнішні подразники особистості зі слабкою нервовою системою і підвищеною емоційністю.

В розвитку істеричних невротичних порушень спостерігається характерна для всіх невротів послідовність — від вегетативних, сенсомоторних до афективних та ідеаторних. Найбільш чітко ця послідовність виявляється при повільному наростанні психотравмуючих впливів на хворого. При наявності раптової і вражаючої психотравми можливий розвиток істеричного невротичного синдрому, що включає в себе весь комплекс розладів (вегетативні, сенсомоторні, афективні).

За А. Кемпінські, при істеричному невроті порушення носить зворотний характер, що полягає в дисоціації, тобто у від'єднанні частини регулюючої системи, яка починає працювати за власним планом, без урахування цілісності функцій організму [5].

Значно рідше, ніж неврастенія та істерія, зустрічається **невроз настирливих станів**. Хвороба, як правило, починається з настирливого (нав'язливого) страху — фобії. Перші описи хвороби наводились у працях Пінеля. На початку ХХ ст. завдяки працям Жане настирливі стани були виокремлені під назвою “психастенія” як самостійне захворювання. На сьогодні цей термін використовується для позначення одного з типів конституційної психопатії. Хоча в деяких дослідженнях він застосовується і для позначення невроту.

При формуванні фобії спостерігається характерна для невротів послідовність: спочатку з'являються вегетативні порушення, часто зумовлені якимись сторонніми факторами. Під впливом психічної травми, часто суб'єктивно значущої, до вегетативних розладів приєднуються

сенсомоторні та афективні, а потім включається ідеаторний компонент у вигляді нав'язливої думки. На початку хвороби фобії виникають в ситуаціях ідентичних або тих, що нагадують ситуації, при яких уперше з'явився страх. Потім виникає розширення, генералізація страху. Ця особливість дала підставу виокремити три стадії в розвитку неврозу настирливих станів [5]. Для першої стадії характерне виникнення страху при безпосередньому зіткненні з травмуючою ситуацією, на другій стадії фобія виникає в очікуванні зустрічі з травмуючою ситуацією, а на третій — лише при уяві про можливість зустрічі з травмуючою ситуацією. До страхів (фобій) часто приєднуються різноманітні захисні дії (ритуали). До фобій можуть приєднуватись настирливі контрастні потяги (бажання зробити щось недозволене, те, що суперечить установкам хворого).

“Депресивний синдром” або “невротична депресія” — ці обидва терміни розуміються більшістю як синоніми. У науковій літературі підходи до поняття далеко не однозначні. В DSM-III “депресивний невроз” як синонім “дистимічного розладу” входить до групи афективних розладів. У деяких країнах невротична депресія продовжує розглядатись як вид неврозу.

Термін “невротична депресія” використовувався у різних трактуваннях. Одними авторами він розумівся як самостійна форма неврозу чи стан невротичного розвитку [5], іншими — як депресивна симптоматика невротичного рівня, що спостерігається при неврозах і неврозоподібних станах. Третіми виокремлюється депресивний невроз, що розглядається як синонім невротичної депресії. Деякі автори не визнають депресивного неврозу як самостійної форми, вважаючи, що депресивна симптоматика може бути при всіх неврозах.

В осіб, які потерпають від депресії та пов'язані з нею захворюваннями, особливо чітко виявляється потреба у відчутті впевненості, що світ непорушений і стабільний. Навіть засинаючи, вони мусять бути впевнені, що звичний світ реальності, праці, соціальних та інших відносин, в яких вони задіяні, залишиться на своєму місці, доки вони сплять. Такі люди часто мають труднощі з процесом засинання, бояться втратити контакт зі світом реальності, бути відокремленими від знайомих життєвих ландшафтів і тому не дозволяють собі заснути.

Депресивний синдром (невротична депресія) виникає в осіб з певними характерологічними особливостями, такими як пряmlinійність,

ригідність, конформність, безкомпромісність. Поряд з цими рисами їм властива афективна насиченість переживань з прагненням гальмувати зовнішні вияви емоцій. Психогенні ситуації і психічні травми, як правило, бувають суб'єктивно значущі, частково створюються самими хворими залежно від особистісних передумов. Виокремлено два варіанти психотравмуючих ситуацій, що призводять до депресивної невротичної симптоматики. При першому варіанті “невдалим є все життя хворого”, тому так несприятливо складаються відносини хворого в усіх сферах життя. У другому варіанті хворий змушений жити в ситуації емоційної ізоляції, тобто в ситуації, де нема стимулів для позитивних емоцій. Змінити ситуацію такий хворий не може через свої особистісні риси. Таким чином психічне порушення впливає на соматіку. Після етапу соматичних порушень починає переважати понижений настрій, який самі хворі рідко пов'язують з травмуючою ситуацією.

При погіршенні стану з'являється підвищена чутливість, плаксивість. Н. Volkel (1959) вказував на виявлення нозологічної картини психічного розладу та особистісних параметрів соціальної ситуації, в якій дана особистість функціонує (виявлення емоційно значущих моментів біографії, життєвого статусу, мотивів внутрішніх чи мікросоціальних конфліктів). Від виявлення цих аспектів залежить оцінка динаміки невротичних розладів, прогнозування ефективності психотерапії та психокорекції щодо кожної окремої особистості [5].

Щодо вікових періодів у захворюванні неврозом слід відзначити, що серед підлітків кількість невротичних виявів знижується. Захворюваність неврозом у цій віковій групі значно нижча. Відносно невелика кількість (близько 15 %) підлітків, що стоять на обліку в психоневрологічних диспансерах, складається за рахунок тих, хто хворіє на невроз з більш раннього дитинства. На перший погляд може здатися дивним, що “кризовий” підлітковий вік, незважаючи на його складність та суперечливість, не дає різкого збільшення захворюваності на неврози. Проте, як справедливо зауважував А. Лічко (1983), вся справа в тому, що в цьому віці виявляється схильність до “заміни” невротичних вегетативних і моторних симптомів порушеннями поведінки. Ті ж самі психогенні фактори, що у дітей та дорослих викликають невроз (хоч і різний за картиною вияву), у підлітків в період становлення характеру ведуть до девіантної поведінки.



Література

1. Александровский Ю. А. Состояние психической дезадаптации и их компенсация // Пограничные нервно-психические расстройства. — М.: Наука, 1976. — С. 14.
2. Диференційна діагностика неврозів (методичні рекомендації). — Луцьк, 2000.
3. Захаров А. Н. Неврозы у детей и подростков. — М.: Медицина, 1988. — 246 с.
4. Зейгарник Б. В. Патопсихология. — М.: Изд-во МГУ, 1986.
5. Карвасарский Б. Д. Неврозы. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1990. — 576 с.
6. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. — М.: МЕДпресс, 1998. — 592 с.
7. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1969. — 425 с.
8. Соколова И. М. Методы исследования адаптации студентов / Харьков. гос. мед. ун-т. — Харьков, 2001.
9. Хорни К. Невроз и развитие личности. — М.: Смысл, 1998. — 375 с.

Theoretical analysis of literary sources dealing with the methods of diagnosis and psychological indicators of neurotic disorders manifestation has been carried out. It is processed that among the neurotic disorder the peculiar place belongs to the neuro-psychical ones and to the phenomena of disadaptation in the mechanism of development in which biological, national and social factors are closely linked. The actuality of this theme for maintaining health of people and for creating the most favorable conditions for development of personality has been revealed.

Надійшла 27 червня 2009 р.