

УДК 616.89:616.8-009.836.15

*О.С. Чабан, О.О. Хаустова***РЕАБІЛІТАЦІЙНІ МІШЕНІ: ОСОБЛИВОСТІ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЛЮДИНИ В СУЧАСНИХ КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ**

Український НДІ соціальної та судової психіатрії і наркології МОЗ, м. Київ

Ключові слова: суспільство, синдром, дезадаптація, реабілітація, психосоматичні розлади, життєстійкість

На сучасному етапі розвитку науки людина розглядається як біопсихосоціальна система, що існує в складному мінливому соціумі. Поєднання психічного, соматичного та соціального здоров'я людини в одну категорію, зазначена ВООЗ, отримала вагоме підтвердження в багатьох наукових дослідженнях [1–3, 13–15, 20]. В термінології перекликаються описання біопсихосоціальної та діатез-стресової моделі [12–15, 20]. За цією моделлю, біологічний діатез або біологічна уразливість стає хворобою тільки за умови впливу стресорів – несприятливих психологічних та соціально-психологічних факторів. Шкідливі психічні фактори зустрічаються практично завжди в соціально-психологічній сфері сучасної цивілізації, що деякі автори називають цивілізаційним впливом або футурошоком. Генетично обумовлена норма реакції має еволюційно-історичний пристосувальний характер, вона може «не встигати» за новими темпами змін оточуючого людину середовища. Саме це є важливим чинником розвитку «хвороб цивілізації», значна частина яких відноситься до психосоматозів [12].

На думку П.Анохіна [14], психосоматичні розлади є способом «компенсації» патологічної зміни біологічної матриці емоції тривоги, що виявляється психічними, вегетативними і соматичними (органними) порушеннями. У сучасній культурі існують досить специфічні психологічні фактори, що сприяють росту загальної кількості пережитих негативних емоцій у виді туги, страху, агресії й одночасно утрудняють їхню психологічну переробку. Ці особливі цінності й установки заохочуються в соціумі і культивуються в багатьох родинах як відображення більш широкого соціуму. Вони стають надбанням індивідуальної свідомості, створюючи психологічну схильність або уразливість до психосоматичних розладів. Можна сказати, що емоційні порушення тісно зв'язані з культом успіху і досягнень, культом сили і конкурентності,

культом раціональності і стриманості. Ці цінності переломлюються потім у сімейних та інтерперсональних відносинах, в індивідуальній свідомості, визначаючи стиль мислення людини і хворобливі симптоми.

Більше того, існує феномен ефекту зворотної дії надцінної установки, особливо за умови її недосягнення (наприклад, внаслідок соціально-економічної кризи): культ успіху і досягнення, при його завищеній значимості, веде до депресивної пасивності, культ сили – до тривожного уникання і відчуття безпорадності, культ рацію – до нагромадження емоцій і розростання їхнього фізіологічного компонента до формування психосоматичних розладів. Людина у стані цивілізаційного стресу демонструє сполученість незахищеності перед агресивним соціумом з власною внутрішньою нестійкістю. Вона тривожна, недовірлива, піддана страхам з одного боку, а з іншого – у неї вичерпано кризу співчуття, вона тотально байдужа та сповнена страхів і агресії.

Ситуація соціально-економічної кризи фруструє людину з її глибинним прагненням стабільності й впевненості в завтрашньому дні. Втрачено традиційні життєві опори, що дають людині змогу задовольняти свої базисні потреби не тільки фізіологічні, а й бути затребуваною, належати до певного співтовариства, чинити в звичних обставинах у звичний спосіб і т.п.

В період кризи конфліктність інтересів і конфліктність соціальних ідентичностей посилюється через загострене почуття відмінності та протидіювання групових інтересів, загальної невизначеності. Нормою стає стан маргіальності, що має наслідком руйнацію раніше сформованих соціальних зв'язків, соціальну апатію (яка несподівано може перетворитися на бурхливу активність, навіть агресивність), зниження мотивації цілеспрямованої групової діяльності, домінування інстинкту самозбереження як головного принципу поведінки. Життя розумі-

ється як виживання, а виживання висуває перед людиною завдання, абсолютно відмінні від самореалізації особистісного потенціалу. За умов соціальної кризи захисні функції домінують над функціями самовираження і самореалізації особистості [19].

Саме такий стан суспільства характеризує синдром Холлідея («синдром хворого суспільства за Холлідеем») – суспільство, що перебуває у кризи та характеризується рядом негативних показників. За Холлідеем суспільство яке є хворим, неконструктивним, застійним має певні закономірні характеристики в т.ч. в соціальні та культуральні: в економіці: ріст захворюваності, ріст кількості прогулів, падіння виробництва, безробіття, ріст кількості страйків; ріст злочинності; у культурі: домінування вісцерального і примітивного мистецтва, сексуалізація, ріст експанізму – азартних ігор, падіння впливу традиційної релігії, ріст інтелектуалізації та все планування; в політиці: соціальне дроблення, масова міграція.

На цьому тлі фіксується синдром соціального регресу (синдром «натовпу») – поведінка натовпу під впливом певних неконструктивних чинників з проявами у вигляді масової агресії, погромів, вбивств. Соціальний феномен формується під впливом збігу кількох чинників:

- наявності неформального лідера з: заниженим інстинктом самозбереження, часто з ознаками розладу особистості, в основному експлозивного типу, абсолютно віруючого в свої ідеї та дії;

- специфіки натовпу та оточення цього моменту: різких рухів лідера та, так званої, індукованої хвилі цих рухів та жестів, надпороговою дією подразників (шум натовпу, вигуки, маршова музика, скандування), інтенсивних подразників (в основному звуків, але можуть бути і невербальні стимули), які свідомо та позасвідомо сприймаються як тривожні та небезпечні сигнали (звук розбитого скла, завивання сирени, спалахи, звуки взриву, скрежіт металу та ін.), які самі по собі стимулюють до регресивного об'єднання з оточенням, несформованої різниці індивідуальності більшості членів зібрання, зниженого інтелекту більшості членів зібрання. миттєвого інтелектуального регресу (поглинання «ідеєю»), без критичного її усвідомлення;

- масової готовності до регресу у вигляді : позасвідомої готовності до агресії внаслідок соціального незадоволення, недовіри, позасвідомої готовності долучитися до „правдивої” ідеї, на фоні масового нігілізму та безідейного прожи-

вання. До цих проявів відноситься і синдром Йозефа К.– прихований масовий нігілізм, який спостерігається у всіх вікових групах, проявляється в кризових суспільствах у вигляді непрямих нігілістичних дійх, часто асоціюється з поняттям «соціальна депресія», але на відміну від останнього, носить прихований характер і не характеризується адинамічними проявами.

Пік соціальної кризи характеризують найсильніша аномія, зростання песимістичних оцінок і настроїв, відмова від планування майбутнього, відчуження від багатьох колективних форм життя, гостре переживання втрати сенсу щодо найважливіших життєвих цінностей. Ми бачимо прояви синдрому аномії («теорія аномії Дюркгейма») (в буквальному розумінні означає розбалансованість, розрегульованість) – негативна переоцінки людиною ідеалів та мотивів діяльності та життя в цілому. Виникає в ситуації кризи суспільства, зміні цінностей та культуральному шоку, що приводить до переоцінки людиною своїх мотивів діяльності, життєвих цінностей, пріоритетів та стратегії життя. При слабості резервних можливостей та психологічного захисту може розрішитися суїцидом. Синдром також може стимулювати виникнення психосоматичних, девіантних та психічних розладів, синдрому неповноцінності.

Отже, психопатологія в кризових суспільствах має певні особливості. Специфіка цих психічних розладів полягає в психогенному чиннику соціальних катастроф, знижених можливостях адаптації та спадковій схильності до психічних розладів. Страх у людей нині перетворився в тихе, але постійне внутрішнє передчуття невідомої небезпеки, що набагато гірше небезпеки реальної. До цього приєднується неможливість активно протистояти внутрішньому напруженню. В українському менталітеті дуже висока чутливість до морально-етичних проблем. Почуття образи, несправедливості генерує поле негативних емоцій, що провокують «генетично» адаптаційний невроз. На передній план виходять інтереси, спрямовані на забезпечення й підтримку власного благополуччя і благополуччя своєї родини. В мцей період саме тут, у найближчому оточенні, людина прагне знайти співчуття і підтримку [16, 17, 21]. За нашими спостереженнями, починаючи з кінця 2008 року в Україні спостерігається ріст умовно нових психічних розладів:

- «альтруїстична» депресія – відсуття вини, пустки, незадоволення, аж до параноїдальних включень у деяких багатих людей, які усвідом-

люють власні можливості порівняно з можливостями більшості людей

- депресія «кредитна» – неможливість повернути кредити, як психогенний чинник призводить, або актуалізує класичний ендогенний депресивний розлад

- тривога безробіття – соціальна тривога яка поступово переходить у клінічну внаслідок постійної уяви та роздумів про можливе безробіття та наслідки цього. Частим для цієї тривоги та її переходу в клінічну форму є специфічна тривожно-сензитивна особистість людини та недостатні захисні можливості її.

- інформаційні неврози – психічні розлади невротичного спектру внаслідок неможливості справитися з психологічним тягарем відсутності, чи нехватки життєво важливої інформації.

- тривога соціалізована – не психічний, субклінічний прояв, який зводиться до підняття індивідуальної тривоги (як феномену) на фоні тривожного стану та негарздів у суспільстві в цілому. Важливою умовою цієї предхворобливої реакції є постійне нагнітання психологічного пресінгу в мас медіа в вигляді жахливої перспективи майбутнього, катастрофи, ріст злочинності та ін. Може бути фоном виникнення тривоги, як розладу, при приєднанні індивідуально значимих травм та відсутності психологічної амортизації.

– делінквентна поведінка та психічні розлади непсихотичного спектру (неврози, розлади особистості, алкоголізація та наркотизація) у дітей в неповних сім'ях. Деприваційна ситуація зумовлена виїздом батька чи матері на тривалий час на заробітки за кордон.

Всупереч прагненню людини до екзистенціальної безпеки, вона піддається насильницькому впливу суспільної кризи. Остання набуває глибоко внутрішній, особистісний характер, породжуючи так звану «кризову свідомість» з такими ознаками, як: занепокоєння, тривожність, страх, аномія, невпевненість у завтрашньому дні, песимістичне сприйняття дійсності. Ці характеристики індивідуальної свідомості розглядаються як ознаки деморалізації суспільства, особливо небезпечної у вигляді симптому «далекодіючих» негативних ефектів. Сприйняття життєвих умов як катастрофи (життєвий простір, непридатний для життя) виступає кульмінаційною крапкою кризи свідомості. Це так званий деприваційний підхід до кризи - «відчуття катастрофи».

До нових психосоціальних феноменів як підгрунтя психічних та психосоматичних роз-

ладів, на наш погляд, відносяться також наступні стани. Деприваційний синдром – відрив, відсутність повноцінності, та достатнього наповнення в житті людини. В останій час термін почав часто вживатися в розумінні проживання, виховання в неповній сім'ї (в основному без батька). Є однією з характеристик сучасного суспільства орієнтованому на особистісний ріст, але за рахунок втрати традиційно сімейних цінностей. По суті є проявом виховання, егоїстичної поведінки та поверхневості контактів, відсутності та страх глибоких емоцій, інфантилізації суспільства та зменшенні соціалізації підлітків.

Кризові веселоці (веселоці в кризовому суспільстві) – підвищений запит на відвідування розважальних закладів в ситуації загального соціального кризи та погіршення якості життя. Позасвідомий та свідомий аспект такої поведінки пояснюється пошуком зняття надмірної напруги та негативних емоцій в ситуації соціальної тривоги.

Синдром когнітивного дисонансу («Теорія когнітивного дисонансу Фестінгера») - теорія поведінки людей, яку можна охарактеризувати фразою «знаю, розумію, впевнений, але не роблю, або роблю навпаки». Леон Фестінгер (Leon Festinger) у 1951 році запропонував теорію, згідно якої поведінка людини, не дивлячись на її знання та власну позицію, може кардинально помінятися під впливом директивного впливу на неї оточуючих, що поступово міняє спочатку думку та уяву про себе цієї людини, а потім і її поведінку. Соціальні психологи вважають що «життєвість» теорії забезпечується поєднанням кількох факторів: проживання в ситуації директивного керівництва, реакцією обєднання в ситуації дії «синдрому примітивного угруповання», домінування синдрому виживання, хвостизм.

Мексиканський синдром („синдром серіалів”, „синдром мильних опер”) – залежність від серіалів. Суть – тяга до відкритих відносин та неприхованих емоцій в надмірно рамкових суспільствах. За даними Joshua Fogel та фахівців з Brooklyn College of the City University of New York синдром серіалів у людей похилого віку стимулює інтелектуальне зниження.

Фінансове тугодумство - психосоматичний комплекс, як варіант страху неможливості контролювати свої фінансові справи (описаний в Великобританії. Симптоми: важкість в диханні, розлади кишківника, діарея, безсоння). Проявляється в успішному суспільстві. Вивчався Роджером Хендерсоном (Roger Henderson), вперше описав хворобу, яка отримала назву "фінансове

тугодумство" (money thickness).

Синдром кароші (від назви японського міста Кароші, де вперше смерть від інсульту признали не особливостями організму людини та її хворобами, а наслідком великої психологічної переїздки в умовах офісної роботи) – варіант труднощі з крайнє негативним виходом в хворобу, або смерть. Синдром є варіантом типового найбільш негативного прояву «синдрому менеджера» та «синдрому д'Артаньяна». Часто поєднується з метаболічним синдромом та іншими розладами адаптації. Причини синдрому: гіподинамія, постійно ненормований робочий день, відсутність повноцінної відпустки, розлади харчування, постійне вживання стимуляторів (в основному кави), психологічні фактори: велика відповідальність, надмірна сумлінність, психологічний захист адикції роботою від якихось проблем життя. Соматичні катастрофи внаслідок синдрому кароші: інфаркти та інсульти.

Синдром проблеми часу («життя у цейтноті», «ургент адикція») – життя у жорсткому ритмі дефіциту часу. Є однією з характеристик стимулювання та заохочення зі сторони суспільства успішних людей до досягнення та самореалізації в рамках конкуренції та нівелювання глибоких емоційних зв'язків, алекситимії. Є варіантом екзистенціальної проблеми у вигляді «життя на майбутнє» (Людина проживає ілюзію типу «досягну (побудую, куплю, зароблю, «назбираю») і тоді заживу»). По суті в невизначеності, або підміні мети життя, за формами та стилем життя заперечується, чи виявляється боязнь мети власного життя. Ситуація феномену є, шахматною термінологією, патовою. Тому часто проявляється психосоматичними розладами та захворюваннями, а також депресією (аналітичне розуміння депресії, як форми позасвідомого захисту – коли при дефіциті часу, він (час) нарешті з'являється, але в деструктивному варіанті (депресія).

Синдром емігранта – специфічна поведінка емігрантів та людей які переїхали на постійне місце проживання у великі міста, в основі якого лежить поведінка направлена на „виживання”: підвищене насторожене та недовірливе ставлення до оточуючих, бажання більше ніж інші працювати, доказувати свою потрібність, значимість. Одночасно для даного синдрому властиві відчуття самотності та тривоги, які, при ситуації нереалізації людини, можуть призвести до психосоматичних розладів, або психічних порушень. В той же час прояви синдрому при благоприємних обставинах можуть бути реалі-

зовані у доброму карєрному рості та самореалізації. В деяких розвинутих країнах працівники заохочуються до мотивованих змін місця роботи та місця проживання, що по суті є використання синдрому для карєрного росту та більш ефективних функціонувань компаній. Синдром емігранта, по суті, відноситься до адаптативних проявів людини.

Синдром ізоляції великого міста («синдром ізоляції мегаполіса», «синдром самотності в великому місті») – втрата соціальних контактів з сусідами та друзями по мірі росту ступеня урбанізації (чим більше місто проживання, тим менше близьких відносин між людьми). Теорія, яку розробляв Гресер в 70-х роках 20-го століття продовжена в роботах Уоррена, Фішера відноситься до особливостей соціальної інтеграції, субкультур та етно-культуральних особливостей. Може мати відношення до «синдрому самотності» Може бути одним з факторів невротичного розладу, або «екзистенціального кризу», які вже самі по собі можуть мати психосоматичне розрешення.

Синдром самотності («синдром самотності у натовпі») – відчуття людини власної недоречності та непотрібності, яка усвідомлює, що проживає в жорсткому та агресивному світі. Може бути проявом депресивного розладу, «екзистенціального кризу», або «синдрому емігранта». І перший (маскована депресія) і інші варіанти можуть мати психосоматичне розрешення.

Синдром імітації діяльності («псевдоробота», «імітація бурхливої діяльності») – робота з запрогнозованим відсутнім результатом. Може проявлятися на будь-якому соціальному рівні. Характеризується зовнішньо вираженими атрибутами діяльності (часті засідання, велика кількість ділових паперів, планів, контролю діяльності та ін) без суттєвої продукції. Для синдрому характерна швидка втрата мотивів діяльності. Це може викликати внутрішнє незадоволення працівників, а при їх вимушеному дотриманні правил «псевдороботи» – психосоматичне відреагування та хвороби. Фраза: «сама важка робота – це імітація роботи» пояснює суть конфлікту.

Етнометодологія – вивчення правил, які приймаються людьми на віру. Область науки невербальної взаємодії людей. При невідповідності вербальних та невербальних стимулів у людини в процесі спілкування може виникнути позасвідоме відчуття тривоги, стурбованості та незадоволення. При постійному дисонансі подібних стимулів у людини можуть з'явитися невротичні

реакції, чи психосоматичні відреагування та розлади. Дауншифтинг – різка та ззовні незрозуміла зміна життя успішної людини з відходом від звичної діяльності успішного бізнесу, чи управління у великому місті в натуральне господарство в село, чи хутір. При цьому, як правило, в цей соціальний рух включається вся сім'я лідера. Є проявом «екзистенціального кризу».

Синдром втоми від життя («ангедонія»). Термін ангедонія запозичений з психіатрії і означає неотримання задоволення від звичної діяльності. По суті є еквівалентом депресивного розладу. В даний час термін набув розширеного тлумачення. Вживається для пояснення «покоління «Ні», «екзистенціального кризу». В соціо-економічному розумінні є наслідком «синдрому Холлідея», в психологічному – особливостю конституції та неможливістю справитися з ситуаціями життя (проблема резервних можливостей та психологічного захисту).

Екстремальне проведення часу («екстремальний спорт», «екстремальний відпочинок») – проведення вільного часу та відпочинку з елементами ризику для життя, переборенням труднощів, відчуття пережитої ситуації на межі загибелі. До екстремального спорту відносять: гірські лижі (деякі варіанти), парашутний спорт (деякі варіанти), скейт (деякі варіанти), гірський ровер, дайвінг, гострейдерство, дигерство, спалеологію (деякі варіанти) та ін. По суті - прояви акцентуації характеру та делінквентної поведінки. По формі – реакція протесту проти рутинного життя та рамкових відносин у суспільстві. Гострейдер - нічні гонки по міських дорогах. Синтезований вид екстремального часу проведення та нехімічної адикції. По суті - прояви акцентуації характеру та делінквентної поведінки. По формі – реакція протесту проти рутинного життя та рамкових відносин у суспільстві. Стрітрейсер (переклад з англ. – вуличні гонки) – гонки по вулицям міста. Синтезований вид екстремального часу проведення та нехімічної адикції. По суті - прояви акцентуації характеру та делінквентної поведінки. По формі – реакція протесту проти рутинного життя та рамкових відносин у суспільстві. Синдром споріднений з «гострейдер». Дигерство – настирливе відвідування, «подорожі» по підземним колекторам та каналізаційним системам. По суті – прояви акцентуації характеру та делінквентної поведінки. По формі - реакція протесту проти рутинного життя та рамкових відносин у суспільстві. З позиції глибинної психології в основі дигерства окрім проблем самоідентифікації лежить акти-

візація синкритичного мислення.

Синдром маленької людини – поведінка та дії людини, яка відчуває себе чужою в середовищі людей, як правило великого міста. Термін почав вживатися після виходу у прокат фільмів Чарлі Чапліна. З середини 50-х років термін набув розширення та почав розумітися як специфічна поведінка та сприймання оточуючими людини, яка не може самореалізуватися, виглядає комічно і недоречно в меркантильному та прагматичному суспільстві. На сьогоднішній день людина з цим синдромом часто сприймається як романтичний тип, але невлаштована та постійно потерпаюча.

Різноманітні невротичні симптоми, що спостерігаються в суспільстві в період кризи – результат перетинання суцільно індивідуального і суспільного. Показниками кризисності свідомості виступають соціальна незадоволеність і відчуття незатребуваності для більшості населення. Порушення структурних ґрат здоров'я відбувається в усіх його складових: психічній, біологічній, психологічній, соціологічній. Проблема співвідношення соціального й індивідуального неврозу полягає в тому, що соматизація індивідуального неврозу обумовлена присутністю клініки соціального адаптаційного неврозу. На тлі адаптаційного неврозу додаткове стресорне навантаження виявляє “вичерпаність (виснаженість) резервів невротизації, вимагає адекватної відповіді особистості в межах трикомпонентного особистісного реагування на стресову ситуацію з невротичною, соматичною та біхевіоральною складовими.

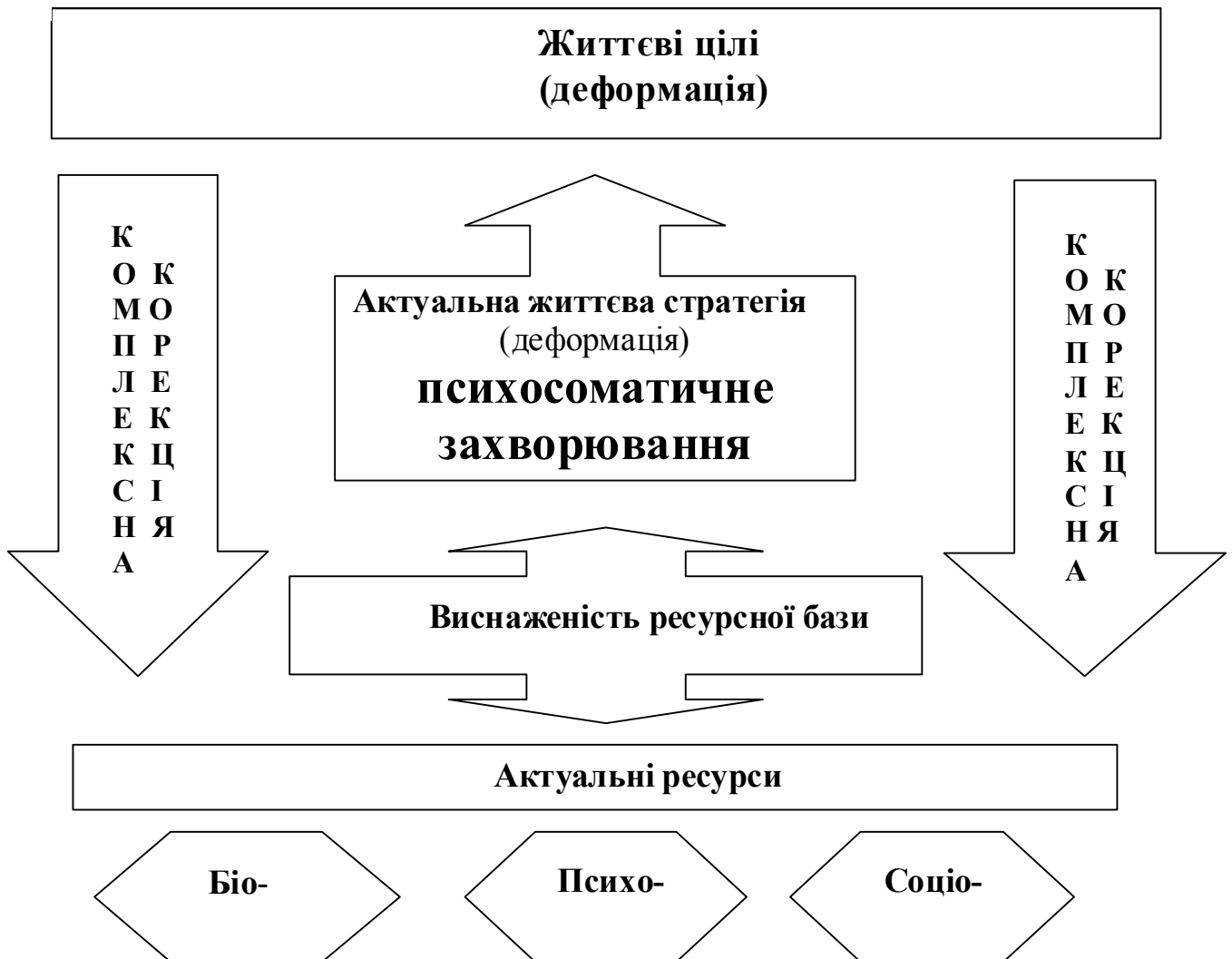
Підхід до захворювань з позиції адаптаційних проявів (неспецифічного адаптаційного синдрому) Г.Сельє надав можливість вийти на новий рівень усвідомлення психічних розладів. Парадигма, побудована на цій теорії, ґрунтувалася на розумінні психопатологічного відреагування (саме відреагування, а не захворювання) на первинну патогенну дію як захистний механізм з ціллю встановлення гомеостазу, доцільність яких в кінці кінців призводило до встановлення патологічного гомеостазу. Було навіть введено таке поняття, як біо-психо-духовний гомеостаз (цит.за 1). Опанування травми – coping, тоді травма виступає як процес у динамічному розвитку - травматичної послідовності – traumatic sequence.

Враховуючи стратегії подолання травми по Мертону (інноваційна – прийняття (зміна положення); ретреатизм (смирненість), провіденціалізм (очікування), ритуалізм (традиційні образи поведінки), бунт – неприйняття) та осо-

бистісні риси, психотерапевт підводить хворого до конструктивного вирішення нагальної соціально-особистісної проблеми. Показником успішності роботи виступає стабілізація психічного та соматичного стану, поява життєвої перспективи, формування нової життєвої стратегії. Загалом можна вирізнити дві життєві стратегії залежно від спрямованості особистісних очікувань: одна з них стратегія виживання (численніша), інша, менш численна, стратегія досягнення.

В свою чергу, спроможність вибрати та реалізувати адаптивну життєву стратегію залежить від актуальних ресурсів людини, від внутрішніх та зовнішніх умов реабілітації. Умовно ресурсна база людини, згідно біопсихосоціальної парадигми, розділена на окремі складові, при чому частина «біо-» відображає здоров'я тіла, «психо-» – психічне благополуччя, «соціо-» – міру соціальної активності (рис. 1). Ці складові взає-

мопов'язані, змінення рівню однієї з них призводить до зміни інших: наявність соматичної хвороби певною мірою пригнічує психічний стан та зменшує соціальну активність; наявність окремих психопатологічних феноменів (наприклад: страху, агресивності, алекситимії та тривоги як відчуття відсутності екзистенціальної безпеки) пригнічує фізичне здоров'я та деформує соціальну активність; негативні зміни у соціальній активності (розлучення, безробіття, соціальні обмеження і т.і.) сприяє виникненню та подальшому розвитку психосоматичного захворювання. Причому, збереження більш значимої для особи сфери стосунків на тлі руйнування менш значимої практично не виснажує цілісну ресурсну базу (родинні або інші (робота, навчання, відпочинок) стосунки). Натомість, руйнування сталого комунікативного поля пацієнтів призводить до швидких змін психосоматичного здоров'я та прогредієнтності.



Центральна проблема – невідповідність життєвих цілей ресурсній базі

Рис. 1. Модель формування психосоматичного захворювання та його комплексної корекції

На думку Д. Леонт'єва, особистісний потенціал людини сприяє подоланню особистістю несприятливих умов її розвитку, що можуть бути задані генетичними особливостями, соматичними захворюваннями, а також зовнішніми соціально-психологічними факторами [18]. Феноменологію, що відбиває різні аспекти особистісного потенціалу, відповідно до методологічних різних підходів, позначали такими поняттями, як воля, сила Его, внутрішня опора, локус контролю, орієнтація на дію й ін. Найбільше цьому поняттю відповідає термін "hardiness" – "життєстійкість", уведені С. Мадді [6].

За С. Мадді, першим компонентом "hardy", є "включеність" (commitment) – важлива характеристика у відношенні себе і навколишнього світу та характеру взаємодії між ними, що дає сили і мотивує людини до реалізації, лідерства, здорового напрямку думок і поведінки. Вона дає можливість почувати себе значимим і досить цінним, щоб цілком включатися в рішення життєвих задач, незважаючи на наявність стресогенних факторів і змін. Другий компонент "hardy", умовно названий "контролем" (control), мотивує до пошуку шляхів впливу на результати стресогенних змін, у протигагу впадінню в стан безпорадності і пасивності. На протигагу почуттю переляку від цих змін, третій компонент "hardy", позначений як "виклик" (challenge), допомагає людині залишатися відкритою до навколишньому середовищу і суспільства. Він складається з сприйняття особистістю події життя як виклику й іспиту особисто себе. Підсумовуючи, можна сказати, що "hardiness" – це особливий патерн установок і навичок, що дозволяють перетворити зміни в можливості. Крім вищезначених компонентів, "hardiness" містить у собі такі базові цінності, як кооперація (cooperation), довіра (credibility) і креативність (creativity) [1, 6].

Причому, не варто ототожнювати "hardiness" з копінг-стратегіями, спрямованими на подолання життєвих труднощів. "Hardiness" є установкою на виживаність - рисою особистості, що дозволяє справлятися з дистресом ефективно і завжди в напрямку особистісного росту. В той же час, копінг-стратегії (прийоми, алгоритми дій, звичних і традиційних для певної особистості) можуть мати як продуктивну, так і непродуктивну форму, навіть вести до регресу.

За даними наукової літератури [1-5, 7-11], була проведена низка досліджень, присвячених взаємовідносинам між "hardiness", копінг-стратегіями та рівнем здоров'я людини. Існує тісний взаємозв'язок між поведінкою, спрямованою на

профілактику хвороб і "hardiness"[7]. Особи, що володіють більш вираженими якостями "hardy", мають тенденцію менше відчувати стреси і сприймати дрібні неприємності як менш стресогенні. Якість "hardiness"[2], є складовою частиною відчуття повноти життя і якості життя.

Більш низький рівень психофізичного здоров'я можна прогнозувати на основі таких показників, як: висока напруженість діяльності, виразність рис характеру типу А, низький рівень соціальної підтримки, неефективні копінг-стратегії і низький рівень когнітивного компонента hardiness у людини. Показник когнітивного hardiness виявився найбільше тісно зв'язаний з гарним загальним здоров'ям і низьким рівнем стресу на роботі [11]. Респонденти, що показали більш високий рівень виразності рис "hardiness", відчують себе більш здоровими психічно і соціально, але не фізично [5].

Особи з низькою тривожністю і високим показником hardiness демонстрували більш слабкі фізіологічні реакції при зіткненні із ситуацією стресу. Більш високі показники варіабельності серцевого ритму, виявлені в людей з високим рівнем самоконтролю, з погляду дослідників, указали на збільшення спроб опанування ситуацією (застосування копінг-стратегій) [9].

Компоненти "hardiness" (включеність і контроль) також виявилися позитивно прогностичними у відношенні психічного здоров'я. Позитивний вплив включеності був у зменшенні оцінки погрози і використання сфальцьованих на емоціях копінг-стратегій, збільшенні ролі вторинної переоцінки подій. Показник виразності контролю сприяв зниженню оцінки погрози події, сприяв переоцінці події і стимулював до використання копінг-стратегій, орієнтованих на вирішення проблем і пошук підтримки [3].

„Hardiness" може виступати буфером у подоланні повсякденного стресу, тому що впливає на ресурси опанування через підвищення самоефективності. Люди з високими показниками "hardiness" мають більше відчуття компетентності, більш високу когнітивну оцінку, більш розвиті стратегії опанування і відчують менше стресів у повсякденному житті [10]. Соціальний інтерес зв'язаний із включеністю у взаємини з іншими й у навколишнє середовище, що є складовою частиною психологічної якості "hardiness", і цей же соціальний інтерес заохочує людини до використання активних копінг-стратегій і розвиткові якостей "hardy"[4]. Вплив "hardiness" є значимою альтернативною силою у відношенні впливу фактора примуса до змін на

наміри персоналу перемінити вид діяльності [8].

В цілому, не зважаючи на те, що в біопсихосоціальних дослідженнях з проблем психосоматичної медицини увага приділяється всім складовим актуальних ресурсів людини, динаміка їх взаємозв'язку ще до кінця не осмислена та їх превентивний ресурс не вичерпаний. Наприклад, розвиток поняття "hardiness" в психосоматичній превентології могло б стати основою для підвищення якості життя людини, перетворення перешкод і стресів у джерело росту і розвитку. За даними наших власних досліджень в межах НДР, використання потенціалу "hardiness" в реабілітаційних індивідуальних та групових програмах комплексної корекції метаболічного синдрому Х як складової фактору ризику серцево-судинних захворювань та комплексного лікування непсихотичних психічних розладів тривожно-депресивного спектру, коморбідних з серцево-судинними захворюваннями, дозволило підвищити їх ефективність на різних етапах надання спеціалі-

зованої медичної допомоги.

Таким чином, нові соціальні техніки та технології мають ґрунтуватися на принципі суспільного розвитку, що передбачає радикальний поворот суспільства до особистості, захисту її життєвих (психічних та фізичних) сил. Соціальне конструювання, спроби широкого запровадження відповідних соціальних технологій залишатимуться на рівні примітивного маніпулювання доти, доки в повному обсязі не будуть задіяні ірраціональні чинники регуляції та саморегуляції. Майбутнє за тим суспільством, яке зможе надати всім особистостям, котрі його складають, соціально рівні стартові умови, різноманіття життєвих виборів, оптимальні умови самореалізації у різних ролях і функціях. Кожен член суспільства має самостійно обирати свої ролі та функції, знаходити себе у них. Суспільство лише створює можливості вільного здійснення таких виборів і допомагає кожній людині гідно пройти власний життєвий шлях.

О.С. Чабан, Е.А. Хаустова

МИШЕНИ РЕАБИЛИТАЦИИ: ОСОБЕННОСТИ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ЧЕЛОВЕКА В СОВРЕМЕННЫХ КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии, г. Киев,

Проведено исследование синдромов из области социальной психологии и социальной психиатрии, которые появились в последние десятилетия. Обращено внимание на культуральные и аналитические аспекты трансформации некоторых социальных явлений в контексте психологии, патопсихологии и психосоматики, в том числе жизнестойкости как предиктора психических и психосоматических заболеваний. Категория жизнестойкости введена в реабилитационные программы для пациентов с метаболическим синдромом Х и сердечно-сосудистыми заболеваниями. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 1 (21). — С. 13-21).

O.S. Chaban, E.A. Khaustova

REHABILITATIONS TARGETS: FEATURES OF HUMAN DESADAPTATION IN MODERN CRISIS SITUATIONS

Ukrainian Research Institute of Social, Forensic Psychiatry and Drug Abuse, Kyiv,

Research of syndromes from an area social psychology and psychiatry, which appeared in the last decades, is conducted. Paid regard to culture and analytical aspects of transformation of some social phenomena in the context of psychology, pathopsychology and psychosomatics including hardiness as mental health predictor. Category hardiness was included to rehabilitation programmes for patients with metabolic syndrome X and cardiovascular disorders. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 13-21).

Література

1. Aleksandrova L.A. Motivation, personal calculus of probability and modeling of the future // 8th International Conference on Motivation. Abstracts - Moscow, 2002 - p. 4-5.
2. Evan, D.R., Pellizzari J.R., Culbert B.J., Metzen M.E. Personality, marital, and occupational factors associated with quality of life // Journal of Clinical Psychology. — 1993. — Jul. — Vol. 49. — N 4. — P. 477 — 485.
3. Florian V., Mikulincer M., Taubman O. Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping // Journal of Personality and Social Psychology. — 1995. — Apr. 68. — 4. — P. 687 — 695
4. Leak G.K., Williams D.E. Relationship between social interest, alienation, and psychological hardiness. Individual Psychology // Journal of Adlerian Theory Research and Practice. — 1989. — Sept. — N 3. — P. 369 — 375.
5. Lee H.J. Relationship of Hardiness and current life events to perceived health in rural adults // Research in Nursing and Health. — 1991. — Oct. — Vol. 14. — N 5. — P. 351 — 359
6. Maddi S.R., Khoshaba D.M. Hardiness and Mental Health // Journal of Personality Assessment. — 1994. — Oct. — Vol. 63. — N 2. — P. 265 — 274
7. Nagy St., Nix Ch.L. Relations between preventive health behavior and hardiness // Psychological Reports. — 1989. — Aug. — Vol. 65. — N1. — P. 339 — 345.
8. Rush M.C., Schoael W.A., Barnard S.M. Psychological resiliency in the public sector: "Hardiness" and pressure for change // Journal of Vocational Behavior. — 1995. — Feb 46(1). — P. 17 — 39.
9. Solcava I., Sykora J. Relation between psychological Hardiness and Physiological Response // Homeostasis in Health & Disease. — 1995. — Feb. — Vol. 36. — N 1. — P. 30 — 34.
10. Solcova I., Tomanek P. Daily stress coping strategies: An effect of Hardiness // Studia Psychologica. — 1994. — Vol 36. — N 5. — P. 390

11. Sharpley Ch.F., Dua J.K., Reynolds R., Acosta A. The direct and relative efficacy of cognitive hardiness, a behavior pattern, coping behavior and social support as predictors of stress and ill-health // *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*. – 1999. – 1. – P. 15 – 29.
12. Uexkuel T. (Hrsg.). *Psychosomatische Medizin*. -Muenchen, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1996.
13. WHO Traditional Medicine Strategy. WHO, 2002. – 74 p.
14. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональной системы.- М.: Наука, 1980.- 197 с.
15. Битенский В.С., Годлевский А.Г., Левинский М.В. и др. Психосоматическая и соматопсихиатрическая медицина в Украине: дефиниции, проблемы и перспективы развития // *Вестник психологического здоровья*. – 1999. – №2. – С. 6–8.
16. Головаха Е.И., Панина Н.В. Социальное безумие: история, теория и современная практика.- К.: Абрис.- 1994.

17. Донченко Е., Овчаров А. Адаптационный невроз социума как следствие управленческого кризиса // *Социология: теория, методы, маркетинг*.-1999.-№1.-с.173-190.

18. Леонтьев Д.А. Личностное в личности: личностный потенциал как основа самодетерминации // *Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В.Ломоносова*. Вып. 1 / Под ред. Б.С.Братуся, Д.А.Леонтьева. – М.: Смысл, 2002. – С. 56 – 65.

19. Попова И. Повседневное сознание в переходном обществе: симптомы кризиса // *Социология: теория, методы, маркетинг*.-1991.-№1.-с.5-21.

20. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа для изучения психических расстройств // *Соц. и клин. психиатрия*.- 2002. – № 3. – С. 97–104.

21. Штомпка П. Социальные изменения как травма // *Социс*. – 2001. – №1. – С. 6–16.

Поступила в редакцию 23.04.2009