

ЗМІСТ

| | |
|---|----|
| ВСТУП | 5 |
| РОЗДІЛ I. ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ НЕВРОТИЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ | 8 |
| 1.1. Теоретичний аналіз та погляди на проблему..... | 8 |
| 1.2. Механізм та етіологія невротичного розвитку особистості..... | 15 |
| 1.3. Клінічні прояви психічної норми й патології розвитку особистості..... | 24 |
| 1.4. Сучасний патоморфоз неврозу як тривожного розладу особистості..... | 26 |
| Висновок до розділу I..... | 32 |
| РОЗДІЛ II. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСОБИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ПОПЕРЕДЖЕНЬ НЕВРОТИЧНОГО РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ ... | 35 |
| 2.1. Психологічна просвіта та профілактика – як формування психологічної культури особистості..... | 35 |
| 2.2. Характеристика основних методик емпіричного дослідження. Методи та форми даного дослідження..... | 37 |
| 2.3. Аналіз отриманих результатів дослідження з обраної вибірки..... | 43 |
| Висновок до розділу II..... | 51 |
| РОЗДІЛ III. РОЗРОБКА ШЛЯХІВ ПОПЕРЕДЖЕННЯ РОЗВИТКУ НЕВРОЗІВ ЗАСОБАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРОСВІТИ У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ | 53 |
| 3.1. Розробка інформаційної лекції на тему «Що таке невроз?»..... | 53 |
| 3.2. Проведення лекції як засіб профілактики невротичного розвитку особистості..... | 58 |
| Висновок до розділу III..... | 68 |
| РОЗДІЛ IV. СПЕЦІАЛЬНА ЧАСТИНА | 70 |
| 4.1. Психометричні основи досліджень..... | 70 |

| | |
|---|-----|
| РОЗДІЛ V. ПСИХОЛОГО-ЕКОНОМІЧНА ДОЦІЛЬНІСТЬ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ | 78 |
| 5.1. Вплив наукового дослідження на економічний добробут..... | 78 |
| РОЗДІЛ VI. ОХОРОНА ПРАЦІ ТА БЕЗПЕКА В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ | 84 |
| 6.1. Охорона праці у психоневрологічних та психіатричних лікарнях.. | 84 |
| 6.2. Погане освітлення на робочому місці як причина виникнення неврозу | 86 |
| 6.3. Генез неврозу в надзвичайних життєвих ситуаціях | 88 |
| РОЗДІЛ VII. ЕКОЛОГІЯ | 91 |
| 7.1. Негативний вплив електромагнітних полів на людину | 91 |
| 7.2. Шумове забруднення та вплив на психіку людини | 92 |
| ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ | 94 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 97 |
| ДОДАТКИ | 102 |

ВСТУП

Актуальність дослідження. Людина це соціальна істота, вона прагне до підтримання соціальних зв'язків з іншими людьми, але для неї важливо і самоствердження в значимому для себе соціумі. Особисті установки, норми і цілі виникають не з біологічних потреб людського організму. Вони виникають насамперед із суспільних відносин і суспільних потреб. Особисті установки це відображення у свідомості індивіда та його вчинках громадських установок. В залежності від психологічного стану особистості відбувається процес заломлення суспільних установок і часто на його основі формуються цілі. Невротичні особистості не вміють будувати довгострокові плани, вони схильні до миттєвих спонукань і дуже комформні, тобто схильні орієнтуватися на думку більшості. Надмірна залежність від отримання схвалення заважає нормальному життю і не дозволяє адекватно оцінювати дружбу, любов і прихильність. Психічні розлади досі часто незрозумілі для суспільства. Людина може розуміти, що в неї є певні проблеми з психічним здоров'ям, і навіть бути готовою звернутись до лікаря, але має страх, що подумає суспільство. Тих, хто має проблеми з психічним здоров'ям, завжди намагалися відокремити від суспільства [50].

Мясищев приділяв велику увагу проблемам особистості і зв'язку із завданнями медичної терії і практики, і головни чином, у зв'язку з проблемою вивчення, лікування та попередження неврозів [34, с. 2-3].

Згідно з наказом Міністерства соціальної політики України від 25 січня 2016 року N 45 «Про затвердження змін до Випуску 80 «Соціальні послуги» Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників», завданням та обов'язком практичного психолога є проведення професійної діяльності, спрямованої на забезпечення здорового та безпечного психологічного, соматичного та соціального стану дітей, підлітків, молоді у процесі виховання та навчання. Проте, на відміну від розвинутих країн в Україні відсутня культура звернень до лікаря відповідної спеціалізації (психіатр, психолог), а також існує певна стигматизація щодо людей, які мають психічні розлади або перебувають

у стані емоційної напруги і звертаються по допомогу до психіатра або психолога, на них найчастіше лягає відбиток «психічно ненормальних», тому найчастіше такі люди вимушені приховувати власні проблеми, щоб не увійти до категорії «психічно хворих» у розумінні оточуючих [15].

Невротичні особистості не вміють будувати довгострокові плани, вони схильні до миттєвих спонукань і дуже комформні, тобто схильні орієнтуватися на думку більшості. Надмірна залежність від отримання схвалення заважає нормальному життю і не дозволяє адекватно оцінювати дружбу, любов і прихильність. Одна з основних тенденцій поведінки полягає в орієнтації на інших. Виділяють істеричний невротичний розвиток особистості, для якого характерна поява демонстративності, театральності, схильності до бурхливих афективних реакцій, емоційної логіки; obsesivний невротичний розвиток, що характеризується, з одного боку, тривожністю, невпевненістю в собі, з іншої – схильністю обмежувати себе від усіх навантажень із-за побоювання знову захворіти, і експлозивний розвиток, що характеризується схильністю до вибуховості, ригідності, застрягання на негативних емоціях, до надцінних іпохондричних реакцій.

Цим питанням займалися такі вчені як: Я.Л. Обухов, Е.В. Заїка, Е. Фромм, Г. Саліван, З. Фройд, К. Хорні, П. Жане, В.К. Маноха, А.М. Свядощ, О.В. Хухлаєва, В.В. Ковальов, А.І. Захаров, М. Литвак, С.Г. Максименко та інші.

Враховуючи вищесказане, є нагальна необхідність своєчасної ефективної профілактики та розробки засобів попередження невротичного розвитку особистості. Медичні працівники мають надати людям інформацію про те, що психічні розлади є такими ж розладами як пневмонія та наголосити, що треба звертатися за допомогою тоді, коли виникає така проблема . Це і обумовлює актуальність роботи.

Мета дослідження - дослідити особливості виникнення неврозів, визначити чинники та передумови їх розвитку.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукову літературу з досліджуваної проблеми.
2. Виявити фактори, що призводять до виникнення невротичної особистості.
3. Розробити засіб психологічної просвіти людей.

Об'єктом дослідження є передумови формування невротичної особистості сучасності.

Предметом дослідження є методи психологічної профілактики як завчасне попередження виникнення невротичних розладів.

Для емпіричного дослідження було використані наступні методи:

1. Загальнонаукові методи теоретичного рівня (синтез, аналіз, узагальнення, порівняння тощо).
2. Методи емпіричного дослідження: спостереження, бесіда, інтерв'ю, стандартизовані тестові опитувальники.

Теоретичною значущістю роботи є те, що вона дозволяє поглибити та систематизувати загальні знань щодо проблеми профілактики невротичного розвитку особистості серед населення.

Практична значущість роботи полягає в тому, що одержані результати дослідження можуть бути використані соціальними працівниками психологами, вчителями, соціальними службами у роботі з людьми, які мають схильність до невротичного розвитку особистості.

База дослідження: КНП «ТОКПЛ.» ТОР. Вибірка складається із 40 осіб. Із них: 29 – жіночої статі, 11 – чоловічої статі. Вік та соціальний статус різні. Переважна більшість – персонал.

Структура та обсяг роботи. Робота складається з вступу, семи розділів, висновків, списку використаних джерел, що нараховує 54 найменування. Робота викладена на 103 сторінках та вміщує в себе 4 таблиці та 1 рисунок.

РОЗДІЛ І. ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ НЕВРОТИЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Теоретичний аналіз та погляди на проблему

Лікарі Стародавньої Греції добре знали неврози, зокрема історію. Але добре знаючи симптоми хвороби про причини могли лише здогадуватись [2].

Поняття «невроз» було введено шотландцем Келеном (Cullen) в кінці XVIII століття (1776). Неврозами він назвав захворювання, що не мають певного патологічного анатомічного еквіваленту. У цьому сенсі поняття «невроз» залишається правильним і досі. Потім з групи неврозів почали і продовжують поступово відходити деякі форми, патологічна анатомія яких встановлена. Більш певні, більш чіткі формулювання ми знаходимо у неврологів французької школи. Шарко (Charcot), один з творців сучасної невропатології, розробив вчення про істерії. Після нього його наступник по кафедрі Реймон (Raymond) встановив, що неврози — це не хвороба, а синдром — синдром: неврастенії, істерії, психостенії. У своїй монографії він дав саме з цієї точки зору групі неврозів чисто феноменологічне обґрунтування. Реймон на підставі своїх спостережень встановлює, що ці синдроми спостерігаються при різних захворюваннях і різних етіологічних моментах. Це залишається вірним для багатьох форм і до сих пір. Зазвичай діагноз того чи іншого неврозу ставиться тільки на підставі симптоматологічної картини. Пізніше з'явився ряд цінних монографій про неврозах і психоневрозах: французів П'єра Жане (Janet), Дежаріна (Dejerine), Бабінського (Babinski), Дюбуа (Dubois), сюди необхідно приєднати ще Зигмунда Фрейда (Freud). Кожен з цих вчених вирішує питання зі своєї точки зору. Так, П'єр Жане звернув увагу головним чином на фіксовані ідеї, на нав'язливі страхи і т. д. Дежерин велике місце відводив емоційним факторам. Школа Бабінського висунула питання про істерії і дала їй класичне формулювання. Дюбуа розглядав психоневрози головним чином з точки зору

психотерапії, нарешті, Фрейд охоплював всю проблему під спеціальним кутом зору сексуального життя, але в широкій формі [1].

Немає єдиного визначення неврозу. Невроз донедавна був діагностованим психологічним розладом, який впливає на якість життя, не порушуючи сприйняття людиною реальності. Деякі психологи і психіатри використовують термін невроз для позначення тривожних симптомів і поведінки. Інші лікарі використовують цей термін для опису спектру психічних захворювань за межами психотичних розладів. Психоаналітики, такі як Зігмунд Фрейд і Карл Юнг, описували сам розумовий процес, використовуючи термін невроз.

У 1980 році в третьому виданні діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів Американської психіатричної асоціації (DSM-III) був виключений термін «невроз».

Незважаючи на те, що це не кваліфікується як діагноз, психологи і психіатри не відкидають особистість, яка показує сильний нахил до нейротизму, як несуттєву для психічного благополуччя. Доктор Бенджамін Б. Лейхі, з Чиказького університету відділів медичних досліджень і психіатрії та поведінкової неврології сказав: «Незважаючи на те, що це не набуло широкого визнання, все більше доказів того, що невротизм є психологічною рисою, що має величезне значення для громадської охорони здоров'я. Нейротизм є надійним корелятом і предиктором багатьох різних психічних і фізичних розладів, супутньої патології серед них, а також частоти використання психічних і загальних медичних послуг.»

У той час як невротизм не є діагнозом або навіть проблемою для добре збалансованої особистості, наявність цього може призвести до різних психічних і фізичних проблем зі здоров'ям.

Вчені не згодні з тим, що являє собою невроз, хоча є загальні риси, які були досліджені протягом століть:

- емоційна нестабільність: згідно з німецько-британським психологом Хансом Юргеном Айзенком (1916-1997), невроз визначається емоційною нестабільністю;

- загальне ураження нервової системи: термін «невроз» був вперше використаний доктором вільямом куленом з шотландії в 1769 році. він стверджував, що цей термін відноситься до розладів почуттів і рухів, викликаними загальним ураженням нервової системи;
- відсутність втручання в раціональне мислення або здатність функціонувати: останнім часом невроз відноситься до психічних розладів, які не заважають раціональному мисленню або здатності людини функціонувати, навіть якщо вони можуть викликати розлад;
- викликаний неприємним досвідом: з слів зигмунда фрейда (1856-1939), відомого австрійського невролога, засновника психоаналізу, невроз це стратегія подолання, викликана невдало пережитими емоціями з минулого досвіду.

Ці емоції пригнічують або заважають поточному досвіду. Він навів приклад непереборного страху перед собаками, який міг виникнути в результаті нападу собаки раніше.

Мясищев приділяв велику увагу проблемам особистості і зв'язку із завданнями медичної терії і практики, і головни чином, у зв'язку з проблемою вивчення, лікування та попередження неврозів [13, с. 68-70].

Карл Густав Юнг (1875-1961) був швейцарським психіатром, що заснував аналітичну психологію. Він вважав, що невроз - це зіткнення свідомих і несвідомих подій у свідомості.

Неврози характеризуються тривогою, депресією або іншими почуттями нещастя або страждання, які не відповідають обставинам життя людини. Вони можуть порушити функціонування людини практично в будь-якій сфері її життя, відносин або зовнішніх зв'язків, але вони не настільки серйозні, щоб вивести людину з ладу. Постраждали пацієнти, як правило, не страждають від втрати почуття реальності, що спостерігається у осіб з психозами.

Психіатри вперше використали термін «невроз» в середині 19-го століття для класифікації симптомів, які вважалися неврологічними за походженням. Приставка «психо» була додана кілька десятиліть тому, коли стало зрозуміло,

що психічні та емоційні чинники були важливі в етіології цих розладів. Терміни тепер використовуються взаємозамінно, хоча коротше слово є більш поширеним. Обидва терміни, однак, позбавлені точності, необхідної для психологічної діагностики, і більше не використовуються для цієї мети.

Впливова точка зору, якої дотримується психоаналітична традиція, полягає в тому, що неврози виникають з внутрішнього конфлікту (конфлікту між різними спонуканнями, імпульсами і мотивами, що містяться в свідомості). Центральне місце в психоаналітичній теорії займає існування несвідомої частини розуму, яка крім інших функцій виступає в якості сховища витіснених думок, почуттів і спогадів, які турбують чи іншим чином неприйнятні для свідомого розуму. Ці витіснення, як правило, являють собою сексуальні або агресивні спонукання, або болісні спогади про емоційну втрату.

Тривога виникає, коли ці неприйнятні і витіснені прагнення загрожують увійти в свідомість, а свідома частина розуму (его) намагається відхилити появу у свідомості витіснених ментальних змістів за допомогою захисних механізмів, таких як: витіснення, заперечення або формування реакції. Невротичні симптоми часто починаються, коли порушується раніше непроникний захисний механізм і заборонений потяг або імпульс загрожує увійти в свідомість [21, с. 34-35].

У той час як психоаналітична теорія продовжує залишатися впливовою, інша відома точка зору, пов'язана з поведінковою психологією, говорить про невроз як засвоєну, неадекватну реакцію на стрес, яку можливо вивчити. Третя точка зору, що впливає з когнітивної теорії, підкреслює, яким чином дезадаптивне мислення - наприклад, страх перед можливим покаранням сприяє неточному сприйняттю себе і оточуючих подій.

Отто Ранк, справжнє ім'я Отто Розенфельд, австрійський психолог, поширив психоаналітичну теорію на вивчення легенд, міфів, мистецтва і творчості і припустив, що в основі неврозу або тривоги лежить психологічна травма, що виникає при народженні індивіда. Спроба Ранка звести всю психологію до монолітної системи, заснованої на родовій травмі, розглядається

як серйозний відхід від наукової орієнтації. Але його акцент на особистісне зростання і самоактуалізацію, а також застосування психоаналітичної теорії до інтерпретації мистецтва і міфу залишалися впливовими [29, с. 89-90].

В 1980 році Американська психіатрична асоціація видалила термін «невроз» з свого діагностичного керівництва в рамках модернізації, спрямованої на стандартизацію критеріїв психічних захворювань. Сьогодні невроз не є самостійним психічним захворюванням. Замість цього лікарі найчастіше відносять його симптоми до тієї ж категорії, що і тривожний розлад. Іншими словами, те, що раніше називалося неврозом, тепер потрапляє під парасольку тривоги.

Протягом останнього століття робилися серйозні спроби з'ясувати етіологію неврозів. У 19 столітті, особливо у Франції, кілька психопатологів намагалися пояснити його причини.

Коментуючи етіологію неврозів, Пейдж (1947) стверджує, що при психоневрозах психогенні фактори і спадковість мають велике значення, в той час як нейрофізичні і хімічні фактори незначні. Було висунуто кілька теорій, що пояснюють причини неврозу.

Теорія дисоціації Джанет:

Джанет дотримувалася думки, що такі неврози, як істерія, обумовлені дисоціацією особистості. Коли одна частина психічного життя людини повністю відділяється від іншої, у нього розвиваються невротичні нахили. Це розщеплення свідомості і розпад особистості відбувається шляхом зниження фізичної та розумової енергії через конфлікт.

Асоціація та теорія обумовленості Мортана Прінса:

Мортан Прінс вважав, що в результаті придушення і гальмування спостерігається певна тенденція до дезінтеграції. Він далі підкреслив важливість асоціації та обумовленості в етіології неврозів [25, с. 15-16].

Центральна ідея полягає в тому, що емоції, імпульси, відчуття, які виникають при певних умовах, можуть стати настільки міцно зв'язаними, що випадкова поява в майбутньому якогось елемента вихідної ситуації приборкає

первісну реакцію. Таким чином, людина, яка страждала головного болю після автомобільної аварії може відчувати ті ж симптоми коли їде в автомобілі.

Рішуче підтримуючи цю точку зору, Холінгсворт зауважив: «Бути невротиком - це не просто встановити непридатну для життя звичку пристосовуватися. Бути невротиком - це перш за все бути тією людиною, яка завжди формує такі непридатні навіть при таких обставинах в світі, де інші люди формують корисні звички.»

Теорія лібідо Фрейда:

Фрейд з свого клінічного досвіду виявив, що в кожному разі невротичних пацієнтів були якісь проблеми в сексуальному житті. Одружені або самотні чоловіки і жінки, які відчують деякі труднощі і проблеми в сексуальному житті, виявилися невротиками. З різних історій хвороб своїх пацієнтів Фрейд зробив висновок, що незадовільна розрядка лібідо або тривалиа впертість викликають неврози.

Іншими словами, Фрейд вважав, що в сексуальному житті лібідо накопичується в тілі і дає статеву свідомість. Але якщо лібідо не розрядиться, якщо сексуальний потяг не буде задоволено це призведе до неврозу. Таким чином, згідно з цією теорією люди, які не мають можливості сексуального задоволення накопичують лібідозні потяги і розвивають неврози.

Цей погляд Фрейда породив безліч непорозумінь і суперечок. Люди почали думати, що Фрейд вважає, що кожен повинен займатися сексом, щоб вивільнити енергію лібідо. Але Фрейд, тим не менш, мав на увазі це лише до певної межі [54, с. 20-21].

У цьому відношенні Юнг і Адлер відрізнялися від Фрейда і розробили свої власні теорії для пояснення причин неврозів.

Енергетична теорія:

Юнг намагався пояснити причини неврозів теорією інтроверсії, екстраверсії та колективного несвідомого. Він вказав, що лібідо - це енергія, яка не є лише сексуальною, в той час як Фрейд прирівнював лібідо до сексуальної енергії. Це енергія, яка може бути використана для сексу або для якоїсь іншої

діяльності, так само як електрика може бути використане для будь-якої діяльності.

Вчений підкреслював тонку взаємодію дитини і батька і регресію як важливий невротичний потяг. Юнг вважав, що досягнення зрілості і самості вимагає великої мужності і рішучості, але що нездатність розвинути один або кілька істотних компонентів особистості або спроба забруднити глибоке несвідоме прирікає людину на одностороннє і незадовільне життя, і часто на неврози та інші психічні розлади.

Агресивна теорія Адлера:

Адлер (1943) стверджував, що кожен індивід керується прагненням до влади і домінуванням над іншими людьми через своє почуття неповноцінності, розвинене в період дитячої безпорадності. Через фізичну і розумову слабкість у кожної дитини неминуче розвивається почуття неповноцінності. Щоб подолати це почуття, вона розвиває почуття переваги і намагається домінувати над іншими.

Щоб задовольнити це почуття переваги кожен індивід виробляє свій стиль життя і для реалізації цього стилю життя іноді вдаються до соціально неодобраних дій. Чим більша неповноцінність, тим більша компенсація.

Згідно Адлеру, невротик - це той, хто боїться вступати в нормальну конкурентну діяльність як і інші, але компенсує або надміру компенсує свою неповноцінність за допомогою нездорових захистів, які надійно охороняють його для досягнення почуття переваги.

Коулман (1981) вважає, що в сучасному висококонкурентному суспільстві це важливий внесок у розуміння причин неврозів. Адлер вважає, що неврози викликані прийняттям соціально несхвалених дій до надмірного почуття неповноцінності. Теорія неповноцінності Адлера корисна для пояснення неврозів у дітей, але вона не дуже ефективна для пояснення неврозів у дорослих.

1.2. Механізм та етіологія невротичного розвитку особистості

Центральним динамічним фактором неврозу є придушення і інші важливі захисні механізми, такі як проекція, регресія, за допомогою яких его намагається утримати всі неприйнятні імпульси поза своєю областю.

Тому психоаналітики твердо вважають, що основні симптоми неврозів походять від регресії дитячих конфліктів. У дитинстві, коли его занадто слабе, щоб судити, терпіти і вирішувати проблему, рятувати себе від розчарування, болю і занепокоєння, воно схильне пригнічувати деякі небажані і неприємні імпульси. Чим більше використовується придушення, тим більше шансів для формування неврозів в подальшому житті [11, с. 6-8].

Неврози - це ознака втрати рівноваги різних факторів особистості. Коли его не може підтримувати рівновагу між ІД і Супер-Его, спостерігаються симптоми неврозів. Таким чином, симптоми є результатом збою функціонування Его.

Симптоми - це вихідні явища, прояви певних внутрішніх факторів. Вони є результатом тривалого ряду подій, що діють в житті індивіда. Невротичні симптоми і поведінка - це прояви захисту Его від ранніх емоційних переживань. Коли захист Его слабшає, бар'єр придушення виходить на поверхню у вигляді симптомів.

Накопичені дані переконливо показують, що індивідуальні відмінності в нейротизмі в значній мірі успадковуються (що означає, що вони передаються від батьків до дитини). Оцінки успадкованості, засновані на близнюкових дослідженнях, зазвичай знаходяться в діапазоні 40-60 відсотків. Інші індивідуальні відмінності в нейротизмі пояснюються насамперед унікальними (несімейними) відмінностями в навколишньому середовищі; загальне сімейне середовище, мабуть, практично не робить достовірного впливу на індивідуальні відмінності в нейротизмі. Дослідники припускають, що надмірно активна лімбічна система в головному мозку пов'язана з високим рівнем нейротизма,

але конкретні нейрохімічні механізми або місця в мозку і нервовій системі досі не ідентифіковані [38, с. 21-23].

Немає чіткого характерного невротичного патерну поведінки. Невротичний індивід може бути скромним, або інвалідом, чи здоровим, чи людиною, яка шукає прихильності і нехтує своїми знайомими. Таким чином, існує різноманітність в особистості невротика.

Але ретельний і детальний аналіз невротичної поведінки показує, що лежить в основі загальної моделі поведінки невротичних індивідів. Невротична тенденція спостерігається у індивіда з самого дитинства.

Психологи виявили три загальних наслідки неврозів:

1. Втома.
2. Напруга.
3. Незадоволеність.

1. Втома.

Як зазвичай зазначається, більшість невротиків - це люди, які проявляють схильність до втоми. При найменшому фізичному або розумовому виснаженні вони здаються втомленими. Результатом такої втоми є фізична або розумова неефективність. Це заважає концентрації в будь-якій роботі.

Невротики зазвичай скаржаться на те, що їх розум блукає. Їм не вистачає ініціативи і рішень. Але як тільки вони приймають рішення, вони продовжують змінюватися. Вони не впевнені в собі і тому бояться свого рішення.

Невротик відчуває себе більш втомленим навіть після деякого відпочинку або сну. Таким чином, коли він прокидається вранці, він відчуває біль у тілі, з плином дня він почуває себе все краще і краще, а до вечора майже вся втома зникає, і він відчуває себе відпочилим. Це на відміну від звичайної втоми.

2. Напруга.

Кожна нормальна людина так чи інакше відчуває напругу. Але невротик весь час знаходиться в стані напруги. Таким чином, він здається неспокійним як фізично, так і розумово. Поряд з напругою є також роздратування і розчарування. Невротики хронічно дратуються, не будучи в змозі подолати ні

найменшого розчарування. Через перевантаження напругою він весь час стає розгубленим і тривожним.

Напруга і тривога невротика в основному порушують його сон. Якщо хтось скаржиться на порушення сну або безсоння без очевидних причин, це можна вважати першою ознакою неврозу. Без міцного сну відбувається ще більше накопичення фізичної та розумової втоми. Це ще більше посилює невротичні симптоми.

3. Незадоволеність.

Незадоволеність є хронічною у невротиків, і через незадоволеність вони весь час втрачають здатність до насолоди. Невротик перебуває в стані війни з самим собою через постійну незадоволеність і скарги.

Всі перераховані вище наслідки можуть підготувати ґрунт для розвитку неврозів. Люди можуть мати невротичні нахили, але не обов'язково повинні називатися невротиками, якщо тільки ці сприятливі фактори не провокуються.

Етіологія неврозів, висунута неофрейдистами:

Неофрейдисти, такі як Карен Хорні, Ерік Фромм, Саліван і Кардинар та ін. думка про те, що культура відіграє дуже важливу роль у формуванні особистості як нормальних, так і ненормальних, а культурні фактори мають велике значення причинності неврозів.

Неофрейдисти, висуваючи ці погляди на причини неврозів вважають, що підхід Фрейда до етіології неврозів є чисто біологічним, і він повністю ігнорує соціальні та культурні фактори у причинності неврозів.

Спостережуваний факт полягає в тому, що культура і суспільство, які накладають обмеження на вираження таких біологічних мотивів, як секс, породжують велику кількість невротиків і психотиків. У сучасних складних і цивілізованих суспільствах через стримання статевої активності виявляється високий ступінь ненормальності.

Неофрейдисти вказують на те, що найбільш важливими причинами неврозів є порушення міжособистісних і соціальних відносин, що випливають із обмежених культур.

Карен Хорні (1950) повідомила, що надмірна потреба в прихильності призводить до неврозів. Невротична особистість через свій страх, високу тривогу відмовляється від певних дій, загальмовує їх, ніяк не набереться хоробрості перебороти свою слабкість, безвіля, проявити вольове зусилля для досягнення мети [36, с. 54-55].

Відсутність любові і прихильності в складній культурі сучасного світу призводить до розвитку великого почуття незахищеності. Потреба в безпеці робить організм залежним від свого існування, коли ця потреба в безпеці порушується культурними факторами це призводить до дезадаптації особистості і нарешті до неврозів.

Саліван (1953) згадував, що порушення міжособистісних стосунків призводить до фіксації ригідності і невротичних симптомів.

Таким чином, неофрейдисти намагалися пояснити причини неврозів в термінах порушених міжособистісних відносин, що виникають через складність культури.

Етіологія неврозів також може бути пояснена через сприятливі і провокуючі причини.

Сприятливі і провокуючі фактори:

Сприятливі причини неврозів простежуються ще в дитинстві. Вони зазвичай несвідомі і є внутрішніми причинами конфлікту. Вважається, що в основі неврозів лежить якась фрустрація.

Розчарування призводить до конфліктів. Конфлікти створюють тривогу, яка призводить до формування симптомів. Особливо фрустрацію і розчарування в період психосексуального розвитку можна назвати сприятливими причинами неврозів.

Фрейд також вважає, що порушення психосексуального розвитку веде до ненормальності. Тому було сказано, що жоден дорослий невроз не можливий без дитячого неврозу. Вважається також, що невдале придушення на ранній стадії призводить до неврозів.

Таким чином, в цілому несприятливі ранні фактори навколишнього середовища і навчання відіграють життєво важливу роль у виникненні неврозів.

Причиною психологічного неврозу є психологічний конфлікт, чи конфлікт між свідомим і несвідомим рівнями свідомості. Хтось може раціонально знати, що він не повинен боятися кожної собаки, яку він бачить, але оскільки він був атакований собакою, коли він був маленьким, він носить з собою несвідомий страх. Ці невіршені протиріччя проявляються по різному [46, с. 17-19].

Провокуючі причини:

Люди, які в кінці життя стають психоневротиками, часто напружені, боязкі і тривожні, оскільки діти і невдачі служать прискорюючими причинами неврозів. У людини, схильної до неврозів, певні фактори навколишнього середовища в період статевого дозрівання, такі як заручини, шлюб і народження дитини, смерть в сім'ї або успіх або невдача в якійсь стадії служать провокуючими причинами неврозів. Таким чином, в основі неврозів завжди лежить якась фрустрація. В результаті цього розчарування, невдачі або попередній конфлікт досягає кульмінації і виникають неврози.

Біологічний фактор:

Значення конституційних чинників і спадкових схильностей неможливо переоцінити. Дослідження показують, що частота психоневрозів у сімейному анамнезі невротика значно вища, ніж у загальній популяції.

Дослідження Слейтера і Вудсайда (1957) вказує на те, що асоціативне спарювання може призвести до порушення в сімейному середовищі, яке буде увічнювати зразки з покоління в покоління. Подальші дослідження Еренвальда (1960), Фішера та ін. (1959) також вказують, що сімейна структура, встановлена невротичними батьками, має тенденцію сприяти невротичному розвитку у дітей.

Спадковість і несприятливе раннє середовище та навчання відіграють важливу роль у виникненні неврозів. Дослідження, проведені Гілеспі, показують, що приблизно 20% батьків 890 психоневротичних пацієнтів мають

загальну домашню обстановку. Внутрішньосімейна схожість за психоневротичними ознаками частково обумовлена факторами спадковості, а частково - наслідуванням і навчанням.

Вивчалася також роль статі, віку та інших функцій у виникненні неврозів. Отримані результати свідчать про те, що взаємодія біологічних і психологічних факторів відіграє помітну роль у виникненні неврозів.

Окрім стомлюваності дратівливість, поганий апетит, викликані постійним емоційним напруженням, знижують толерантність до загального рівня біологічної та психологічної резистентності. Через різні психологічні стреси іноді порушується баланс між збудливими і гальмівними процесами.

Коулман, Кеттел та Шайер (1961) називають ці кінцеві результати хронічної емоційної мобілізації низькою енергією адаптації і невротичною слабкістю. Важливо пам'ятати, що вони є результатами невротичної реакції, а не її першопричиною. Тривалий психологічний конфлікт забезпечує істотну основу для хронічної психоневротичної реакції. Кеттел і Шайер (1961) вважають, що диспозиційна боязкість підвищує тривожність по відношенню як до внутрішніх, так і до зовнішніх загроз [27, с. 45-47].

Коулман нарешті приходить до висновку, що на основі результатів досліджень, зроблених досі, очевидно, що роль конституційних факторів в невротичних розладах не є дуже простою.

Психологічний фактор:

Був висунутий ряд психологічних теорій психоневрозів, які особливо актуальні. Динамічне пояснення психічних захворювань, запропоноване Фрейдом, було унікальним і більш прийнятним на відміну від статичного опису симптомів, даного ранніми психологами, такими як Краплін і Шарко. Зусилля Фрейда були схвалені кількома гігантами, такими як Балудар і Адольф Мейер (1948).

Адлер також підкреслював важливість почуття неповноцінності в причинності неврозів. У невротичному стані почуття неповноцінності призводить до комплексу неповноцінності. Почуття неповноцінності

компенсується домінуванням над іншими. Він також намагається уникнути конкуренції і порівняння захворюти. Підхід Адлера сприяє розумінню багатьох невротиків у висококонкурентному суспільстві.

До психологічних факторів неврозів можна віднести наступні:

1. Засвоєна неадаптивна поведінка .
2. Стрес і декомпенсація.
3. Незрілість і почуття провини.

Засвоєна неадаптивна поведінка.

Деякі дослідники вважають, що всі невротичні реакції являють собою неадаптивні реакції, засвоєні відповідно до звичайних принципів підкріплення. Відповідно до цього, як тільки проста реакція страху або тривоги встановлюється обумовленістю, вона може бути викликана широким спектром ситуацій в процесі узагальнення стимулів. Наприклад, страх для щура через обумовленість може виявитися фобічною реакцією, а реакція тривоги може бути виявлена щодо життєвих стресів.

Поступово ці реакції узагальнюються і виражаються в багатьох випадках. Точно таким чином obsесивно-компульсивні реакції розглядаються як засвоєні способи подолання ситуацій, що породжують тривогу. На думку Коулмена ці невротичні патерни реакцій зазвичай виникають з ранніх обумовлених переживань, хоча вони також можуть бути вивчені в більш пізні періоди життя.

У багатьох випадках ці дезадаптивні реакції, що призводять до фобій, неврозів тривоги і неврозивої поведінки, придушуються в подальшому житті через відсутність підкріплення. Але в багатьох випадках ці реакції тривають, незважаючи на відсутність повторення травмуючих переживань. Айзенк (1963) намагався пояснити це, сказавши, що фобія посилюється, оскільки вона дійсно зменшує тривогу та напругу [3; 4; 6].

Наприклад, кожен раз, коли леді бачила щура, вона починала хвилюватися і тікала. Оскільки ця реакція зменшує її тривогу і страх, вона посилює фобічну реакцію.

Біхевіористський підхід Айзенка (1960, 1963) підкреслював роль легкості обумовлення в невротичних розладах. Згідно з ним, через більшу автоматичну реактивність інтроверти, ймовірно, формують швидкі і сильні умовні реакції, а отже, схильні до надмірних умовних реакцій, що включають страхи і тривоги, які роблять їх вразливими до різних стресів навколишнього середовища. Екстраверти ж навпаки позбавлені здатності формувати обумовлені реакції, не здатні надбати багато необхідної адаптивної реакції і не здатні до соціалізації, слабкі в розвитку совісті і не бажають брати на себе відповідальність.

На підставі цих даних Айзенк і Клерідж (1962) прийшли до висновку, що тривожні реакції, фобічні реакції, obsесивно-компульсивні реакції і реактивні депресії є інтровертними неврозами, в той час як істерія зустрічається у екстравертів.

Проте факт залишається фактом: невротичні реакції не успадковуються, а засвоюються індивідом при спробі пристосуватись до різних життєвих ситуацій і обставин. Легкість обумовленості і інтровертні екстравертні тенденції, безумовно, є важливими причинами неврозів. Якщо ми приймаємо неврози як обумовлену дезадаптивну поведінку, як стверджує Айзенк (1963), ми повинні ігнорувати актуальність і корисність невротичних симптомів для задоволення певних поточних потреб і проблем людини [18].

Дуже часто виявляється, що невротичні реакції розвиваються через перебільшення захисних прийомів Его для подолання загрозованої ситуації.

Бандура (1962) стверджує, що за допомогою наслідування і батьківських технік люди вивчають ці техніки. Крім того, вважається, що після прийняття невротичні реакції вони можуть постійно підтримуватися і посилюватися.

Коулмен вважає, що невротичні реакції відображають незрілість і помилкові припущення та оцінки і виникають головним чином з відчайдушних спроб впоратися з удаваними непереборними проблемами.

Стрес і декомпенсація:

- нездатність реалізувати нереалістичні прагнення з почуттям власної девальвації і неповноцінності;

- неприйнятні бажання і бажання, що виникають в результаті ранньої травми;
- неможливі вибори і рішення;
- дисонантне пізнання по відношенню до власної структури;
- розчаровує життєва ситуація, яка робить життя безглуздою і безнадійною;
- нездатність реалізувати нереалістичні прагнення з почуттям власної девальвації і неповноцінності. теоретики особистості, такі як адольф мейер (1948), підкреслювали нереалістичний рівень прагнення, відсутність самоприйняття як причину неврозів [19; 22; 41].

Він підкреслював нереалістичні рівні потягів і відсутність самоприйняття в своєму підході до неврозів. Вчений вважає, що багато людей стикаються з труднощами, тому що вони не в змозі прийняти свою власну природу і світ таким, який він є, і сформувані свої цілі відповідно до їх тверджень. Швидше вони страждають від помилкового почуття суперництва, яке не дозволяє особистості приймати себе такою, яка вона є.

Коли ці люди не досягають своїх нереальних цілей, вони розвивають почуття неповноцінності, побоювання і різні інші помилкові емоційні установки, які в кінцевому підсумку призводять до розриву компенсації та використання невдалих захисних механізмів.

Незрілість і почуття провини.

Коли індивід помічає значну невідповідність між його реальним і ідеалізованим образом себе, він стикається зі стресовою ситуацією і відчуває невротичну тривогу. Щоб врятувати себе від знецінення, викликаного цими суперечливими образами себе, він вдається до патологічних захисних реакцій.

Аналітично орієнтовані психологи Фенихель (1944) і Хомі (1945, 1950) зробили акцент на дитячих емоційних переживаннях, які призводять до помилкової оцінки навколишнього середовища і серйозного конфлікту, який зосереджується навколо Его.

Хорні зробила акцент на дитячих емоційних переживаннях як ядрі неврозів, які призводять до слабких місць, помилкових самооцінок і оцінок навколишнього середовища.

Феніхель відчуває, що ті ситуаційні стреси, які мають тенденцію до реактивних дитячих конфліктів і загроз, особливо важливі у виробництві невротичних реакцій у психологічно схильних людей. Наприклад, доросла людина, коли її батько в дитинстві критикував її, реагувала з сильним почуттям незахищеності і ворожості. Вона задовільно пристосувалась у дорослому житті, поки у нього не з'явився дуже критичний керівник, який, як вона відчувала, не був задоволений. Вона знову пробудила в собі старі страхи відкидання і викликала невроз [14, с. 21-22].

Хорні була першою, хто опублікував у повній формі свої погляди на неврози в «Невротичній особистості нашого часу»(1932), та представила велику культурну інтерпретацію неврозів (1945).

Вона спеціально підкреслила ворожу реакцію дитини на відкидання батьків як основну причину наступних неврозів, які дитина вчиться пригнічувати в результаті соціалізації. В кінцевому рахунку це створює напругу, конфлікт, тривогу, емоції і, нарешті, призводить до невротичного зриву. Такі невротичні особистості зазвичай виявляють прихований недолік самоприйняття і схильність ототожнювати себе з незрілим і нереалістичним ідеалом его і прагнути до нього.

1.3. Клінічні прояви психічної норми й патології розвитку особистості

Лінія, яка відокремлює невротика від нормального - це інтенсивність. Невротичні думки та поведінка за визначенням настільки екстремальні, що вони заважають вашому особистому, професійному та романтичному життю. Більш того, вони, як правило, ваша відповідь за замовчуванням навіть незначні проблеми.

Звичайна поведінка: Ви турбуєтеся про завершення великого проекту на роботі вчасно.

Невротична поведінка: Ви зациклюєтеся на крайньому терміні і стогнете «я ніколи цього не зроблю!» навіть незважаючи на те, що це станеться не раніше, ніж через кілька місяців, і у тебе мало інших справ.

Звичайна поведінка: Ваш колишній чоловік був невірний, і ви побоюєтеся нових відносин.

Невротична поведінка: Ви постійно питаєте свого нового партнера чи не зраджує він вам, а потім звинувачуєте себе в тому, що прогнали його.

Проблеми у визначенні поняття норми.

Психологічний розлад - це стан, що характеризується ненормальними думками, почуттями і поведінкою. Проте визначення того, що є нормальним і ненормальним є предметом численних суперечок. Визначення нормальності широко варіюються в залежності від людини, часу, місця, культури і ситуації. Нормальне — це суб'єктивне сприйняття, а також аморфне сприйняття. Часто легше описати те, що ненормально, ніж те, що нормально.

Говорячи простою мовою, суспільство в цілому часто сприймає або називає нормальне як хороше, а ненормальне - як погане. Тому ярлик нормальності або ненормальності може мати глибокі наслідки для індивіда, такі як стигматизація з боку суспільства [12; 16; 30].

Хоча важко дати визначення нормальному, все ж важливо встановити керівні принципи, щоб мати можливість виявляти і допомагати людям, які страждають. З цією метою в області психології і психіатрії було розроблено Діагностичне і статистичне керівництво по психічних розладах (відоме як DSM-5), стандартизована ієрархія діагностичних критеріїв, що допомагає розрізнити нормальну і аномальну (тобто патологічну) поведінку і симптоми. У 5-му виданні діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів Американської психіатричної асоціації (DSM-5) викладені чіткі і конкретні рекомендації щодо виявлення та класифікації симптомів і діагнозів.

Клінічні визначення анормального: DSM.

DSM є центральним елементом дискусії навколо визначення нормальності, і він продовжує змінюватися і розвиватися. В даний час в DSM-5 (п'яте видання) аномальна поведінка зазвичай визначається як поведінка, яка порушує норму в суспільстві, є дезадаптивною, рідко зустрічається в контексті культури і навколишнього середовища і викликає у людини дистрес в повсякденному житті. Зокрема, мета DSM-5 полягає у виявленні аномальної поведінки, яка свідчить про якийсь психологічний розлад. DSM визначає конкретні критерії, що використовуються при діагностиці пацієнтів, вона представлена як галузевий стандарт для психологів та психіатрів, які часто працюють разом, щоб діагностувати і лікувати психологічні розлади [5; 9; 42].

По мірі розвитку DSM з плином часу виникла низка конфліктів, пов'язаних з категоризацією ненормального і нормального психічного функціонування.

1.4. Сучасний патоморфоз невроту як тривожного розладу особистості

Невротична особистість має мало природного буферу проти стресу. Вона бачить повсякденні ситуації набагато гірше, ніж вони є насправді, а потім звинувачує себе за свій крайній песимізм і негативізм. Невротик може постійно відчувати:

- роздратованість;
- сум;
- вину;
- стурбованість;
- ворожість;
- вразливість.

Невротична поведінка також може бути пов'язана з проблемами психічного здоров'я. Невротична особистість може зробити людину більш

схильною до того, що дослідники називають інтерналізованими розладами, такими як:

- генералізований тривожний розлад;
- депресія;
- обсесивно-компульсивний розлад;
- соціальна фобія;
- посттравматичний стресовий розлад;
- панічний розлад;
- антисоціальний розлад особистості.

Рівень психічного здоров'я людини в певний момент часу визначається численними соціальними, психологічними і біологічними факторами. Основні детермінанти зростання кількості психічних розладів у сучасному світі та за даними досліджень: зростання щільності населення, урбанізація, руйнування природного середовища, ускладнення виробничих і освітніх технологій, наростаючий інформаційний пресинг, зростання частоти виникнення надзвичайних ситуацій (НС), у т.ч. воєнних дій, погіршення фізичного здоров'я (у т.ч. репродуктивного), зростання числа травм головного мозку і родових травм, інтенсивне старіння населення. Також на психічне здоров'я впливають соціально-культурні тенденції: ослаблення сімейних і сусідських зв'язків і взаємодопомоги; почуття відчуженості від державної влади і системи управління; зростання матеріальних потреб «споживацьки» налаштованого суспільства; поширення статевої свободи; швидке збільшення соціальної та географічної мобільності. Найбільш уразливими з точки зору схильності до психічних розладів є групи, що знаходяться в несприятливій життєвій ситуації і найменш забезпечені ресурсами [8, с. 77-78].

Усе вищенаведене дало змогу ВООЗ поділити основні фактори, які впливають на психічне здоров'я населення, на дві групи:

1. Захисні фактори: соціальний капітал та соціальне забезпечення, здоровий спосіб життя матері під час вагітності, здорова обстановка в дитинстві, здоровий стан речей на роботі та вдома, здоровий спосіб життя.

2. *Фактори ризику*: бідність, погана освіта, непорядкованість, великі борги; гіпотрофія плода, жорстоке поводження в дитинстві, погані стосунки з батьками, спадкові проблеми з психічним здоров'ям (у т.ч. генетичні фактори, що спричиняють дисбаланс хімічних речовин у мозку і виникнення, як приклад, депресивних розладів); непрацевлаштованість, ненадійність робочого місця, виробничий стрес; зловживання алкоголем або наркотиками; ситуації, пов'язані з впливом надзвичайних ситуацій та надзвичайного стресу.

Також слід наголосити, що підтверджено досить комплексний взаємозв'язок між фізичними і психічними порушеннями. Неліковані психічні розлади призводять до несприятливих наслідків соматичних захворювань. Особи з психічними розладами схильні до підвищеного ризику соматичних захворювань унаслідок зниження імунного захисту, недбалого ставлення до власного здоров'я, недотримання призначених схем лікування і бар'єрів до отримання необхідного лікування порушень фізичного здоров'я [10; 37; 51].

За даними Шанмугам (1981) дві риси, які характеризують невротичний стиль життя:

- невротичне ядро, тобто помилкова оцінка реальності і тенденція швидше уникати, ніж справлятися зі стресом;
- невротичний парадокс, тобто тенденція до збереження одного і того ж способу життя, незважаючи на свою саморуйнівну і дезадаптивну природу.

Невротичне ядро має такі важливі моменти:

- почуття неадекватності і тривоги;
- помилкове сприйняття навколишнього світу як небезпечного;
- поведінка уникнення, ніж конфронтація призводить-до стійкої тривоги. він намагається отримати негайне полегшення від тривоги, тимчасово уникаючи загрозової ситуації;
- саморуйнівна поведінка — це відноситься до нездатності добре спілкуватися з іншими.

Вважається, що неврози розвиваються там, де:

- існує внутрішній конфлікт між прагненнями і страхами, який перешкоджає розрядці;
- коли в цьому конфлікті беруть участь сексуальні потяги;
- коли конфлікт не був доведений до реалістичного рішення;
- коли витіснення просто зробило прагнення несвідомими, але не позбавило їх сили і не зробило їх нешкідливими. згодом пригнічені тенденції і невротичні симптоми наполегливо намагаються повернутися;
- коли в ранньому дитинстві існували рудиментарні неврози, засновані на тому ж типі конфлікту.

Хоча різні невротичні розлади мають специфічні симптоми, Коулман (1981) описує такі загальні симптоми невротиків в цілому:

1. Неадекватність і низька стресостійкість.

Невротик виявляє почуття сильної залежності, показуючи необхідність чіплятися за інших для підтримки. І навпаки, за певних обставин невротик проявляє високу ступінь незалежності, відмовляючись приймати допомогу від кожного. Він також схильний заперечувати своє почуття неадекватності, намагаючись домінувати над іншими.

По-друге, як повідомляють Кеттел і Шайер (1961), невротики дійсно мають набагато нижчу силу его або стресостійкість в порівнянні з нормальними людьми. Через більш низьку стресостійкість і почуття неадекватності багатьох ситуацій, в іншому випадку нормальні, здаються йому загрозливими.

2. Тривога і страх.

Низька стресостійкість створює постійну і інтенсивну тривогу у всіх невротиків. Насправді, як стверджує Коулман (1971), тривога є поширеним фактором, що лежить в основі всіх неврозів. Щоб зменшити свою тривогу, невротики розвивають різні захисні механізми, які в основному є невдалими і патологічними [8; 17; 31].

Невротик визнає свої симптоми ірраціональними, але вони настільки нав'язливі, що він не може контролювати їх, і тому відчуває сильну тривогу.

Коли захисні механізми не в змозі стримати страхи і конфлікти невротика, вся захисна структура може зруйнуватися, що призведе до ірраціонального страху хвороби.

3. Напруга і дратівливість.

Постійна тривога і страх призводять до жахливого напруження і подразнення. За словами Коулмана, його тривала емоційна мобілізація також призводить до збільшення загальної напруги тіла, що саме по собі неприємно.

Таким чином, як припустив Гілфорд (1959), невротики емоційно реагують на дуже незначні подразнення. Більш того, невротики намагаються впоратися зі своїми проблемами у відносно жорсткій та емоційній манері, не намагаючись впоратися з ними раціонально. Як наслідок, виникає напруга і дратівливість.

4. Егоцентричність і порушені міжособистісні відносини.

Невротичний індивід дуже егоцентричний. Він стурбований тільки своїми бажаннями, прагненнями, надіями і амбіціями. Це відбувається тому, що його глибоке почуття незахищеності і безпорадності природно спонукає його боротися за своє благополуччя, яке він виконує, будучи егоцентричним і егоїстичним. Тому він не може підтримувати сердечні міжособистісні відносини з іншими членами суспільства.

Він також не в змозі зрозуміти точку зору інших через свою серйозну заклопотаність собою. Через свій егоїзм він висуває нереалістичні вимоги до інших. Хоча він не здатний дарувати свою любов, співчуття і прихильність іншим; він чекає того ж від них, а отже, відкидається суспільством. Це примножує невпевненість, ворожість і підозрілість невротика [20; 39; 40].

5. Постійна інтегративна поведінка.

Надмірна реакція на незначну стресову ситуацію призводить до дезорганізації тривоги, і для її зменшення він вдається до різних захисних механізмів, які або не дуже корисні, або не дуже ефективні.

6. Відсутність проникливості і жорсткості.

Хоча невротик усвідомлює свої симптоми і їх ірраціональну природу, він не знає, чому у нього є ці симптоми, він також не може пояснити причини.

Єдиний засіб, який він може прийняти, щоб зменшити занепокоєння, - це використовувати захист.

Таким чином, він весь час намагається направити свою діяльність таким чином, щоб не наражати на небезпеку цю оборонну споруду. Тому йому не вистачає гнучкості в своїй поведінці, чіпляючись за один і той самий захист протягом усього свого життя.

Це робить його жорсткою людиною. Так, Коулмен вважає з цієї причини невротик вважається керованою, компульсивною і обмеженою особистістю. Його жорсткість і відсутність проникливості ще більше послаблюють його почуття реальності. Таким чином, він більш суб'єктивний у своєму підході, коли має справу з різними ситуаціями і відчуває плутанину у своєму почутті самототожності [20, с. 59-60].

7. Незадоволеність і нещастя.

Тривога, напруга, страх, загроза, побоювання, конфлікт і невпевненість в собі роблять життя невротика нестерпним. Таким чином, невротики - це напружені особистості, песимісти і найчастіше незадоволені своїми життєвими ситуаціями. Це в основному нещасні і незадоволені люди.

8. Психологічні та соматичні симптоми.

У невротиків виявляються різні психологічні та соматичні симптоми. Серед психологічних симптомів часто спостерігаються тривога і стрес, побоювання і загрози, фобії, нав'язливі ідеї і компульсія.

Напруга, втома, розлад шлунка, підвищена частота сечовипускання м'язові посмикування, надмірне потовиділення, прискорене серцебиття, головний біль напруги, відчуття задухи, незрозумілі болі часто помічаються. Хоча Коулмен вказав на ці симптоми і характеристики неврозів, він також вважає, що не всі ці характеристики зустрічаються в даному випадку.

Крім цих симптомів, ірраціональність і дисоціація особистості від свідомої психічного життя є й іншими симптомами:

1. Ирраціональність.

Невротичні симптоми менш раціонально мотивовані, ніж звичайні психологічні процеси. Наприклад, занепокоєння або страх перед павуком або тарганом, зберігає інші фактори постійними, страх при яскравому денному світлі або в людному місці ірраціональний. Сум від втрати коханої людини раціональний. Але депресія через незначне розчарування нерозумна.

2. Дисоціація особистості від свідомого психічного життя.

Мати, одержима несвідомим бажанням вбити свого сина, насправді глибоко віддана своїй дитині в свідомому житті. Це несвідоме бажання повністю відокремлене від її свідомої особистості. Нав'язливе бажання постійно мити руки видається пацієнту нерозумним, хоча в ході хвороби він може раціоналізувати його як страх перед мікробами.

Регресивний характер симптомів. Симптоми невротичного пацієнта здаються дитячими, тобто симптомами, які в іншому випадку вважалися нормальними для дитини. Кажуть, що страх перед темними місцями, самотністю, людними місцями, вулицями великого міста, великими відкритими просторами - це регресивна поведінка невротиків. Швидкі зміни, миттєве розчарування, бажання використовувати гострі інструменти - це спроби зняти тривогу [22; 23; 44].

Згідно Коулмену, неврози є результатом повної взаємодії особистісних і стресових факторів, а специфічні детермінанти і прояви невротичних реакцій дещо різні для кожного індивіда.

Кеттел і Шайер (1961) вказали, що невротик - це тільки людина з надлишком зовнішніх і внутрішніх труднощів і недоліків, від яких в тій чи іншій мірі страждає кожен.

Висновок до розділу I

Ознайомившись із поняттям неврозу, його етіологією, факторами виникнення, симптомами та наслідками можна зробити висновок, що це є доволі

складне захворювання. Думки психологів розходяться на рахунок причин виникнення неврозів, та симптоматика багато в чому є загальною.

Термін невроз було введено шотландським лікарем Вільямом Каленом в 1769 році для позначення розладів почуттів і рухів, викликаних загальним ураженням нервової системи. Він використовував цей термін для опису різних нервових розладів і симптомів, які неможливо було пояснити фізіологічно. Фізичні особливості, однак, майже неминуче були присутні, і фізичні діагностичні тести, такі як перебільшені поштовхи в колінах, втрата блювотного рефлексу і дерматографія використовувалися в 20-му столітті. Значення цього терміну було переглянуто Карлом Юнгом і Зигмундом Фрейдом на початку і середині 20-го століття. Він продовжує використовуватися в психології та філософії, хоча у 1980 році в третьому виданні діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів Американської психіатричної асоціації (DSM-III) був виключений термін «невроз». Однак, деякі психологи і психіатри використовують термін невроз для позначення тривожних симптомів і поведінки. Інші лікарі використовують цей термін для опису спектру психічних захворювань за межами психотичних розладів.

Люди, які страждають від неврозу часто поведуться дивно при контакті з іншими людьми. Вони можуть постійно себе підлаштовувати або приводити навколишнє середовище в ідеальний стан. Вони також можуть продовжувати фокусувати увагу на собі і очікувати інтерес інших до себе. Люди з тривожністю дуже часто потрапляють в залежність (наркотики, стимулятори).

Невроз має багато різних симптомів. Деякі з них можуть бути пов'язані з сильним болем різних внутрішніх органів. Іншими соматичними симптомами є сексуальна дисфункція, порушення функціонування певних органів. Загальними симптомами нервових розладів є нав'язливі ідеї (психічні й моторні) і фобії (наприклад, арахнофобія, агорафобія, клаустрофобія). Крім того, невроз може викликати напади тривоги, апатії, депресії і порушення сну.

Антоні Кепінські взявся за класифікацію неврозів. Він виділив шість типів захворювання в залежності від симптомів. По-перше, невроз втоми, коли когнітивні процеси пацієнта сповільнюються (пацієнт може бути слабким, або роздратованим). Потім виникає тип іпохондричного неврозу, при якому легко простежується механізм замкнутого кола. Інший тип -істеричний невроз, при якому хворі навіть театралью оголюють свої проблеми. Депресивний невроз характеризується тривалою апатією і небажанням займатися будь-якою діяльністю. Обсесивно-компульсивний синдром і компульсивна поведінка є основою ананкастичного неврозу. Останній тип – тривожний невроз, який охоплює всі фобії.

Причиною неврозу є в першу чергу внутрішні конфлікти, вирішення яких часто неможливо, або пов'язане з великою дозою стресу. Травма, отримана в результаті трагедії, або відсутність належної батьківської турботи в дитинстві можуть привести до нервових розладів. Тривога приводить до зниження самооцінки, комплексам, які можуть накопичуватися з часом і штовхати пацієнта навіть до самогубства.

Невроз можна лікувати в два етапи. Існує потреба в психологічній терапії, за допомогою якої можна вирішити внутрішні проблеми пацієнта. Психотерапія може також усунути різні види страхів за допомогою їх інтерпретації. Додатково може бути введено медикаментозне лікування, засноване в основному на антидепресантах або анксиолітичних препаратах (що полегшують контакт з пацієнтом під час психотерапії). Та задля того, щоб зарадити розвитку такого захворювання як невроз потрібні профілактичні дії, адже на ранніх стадіях, коли можна виявити симптоми невротичного розвитку особистості впоратися із ними є простішим завданням ніж лікувати повністю сформований невроз.

РОЗДІЛ II. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСОБИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ПОПЕРЕДЖЕНЬ НЕВРОТИЧНОГО РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ

2.1. Психологічна просвіта та профілактика – як формування психологічної культури особистості

Психопрофілактика – це комплекс заходів щодо попередження психічних розладів і захворювань(первинна психопрофілактика), а також рецидивів перенесених психічних захворювань(вторинна психопрофілактика).

Психічні розлади досі часто незрозумілі для суспільства. Людина може розуміти, що в неї є певні проблеми з психічним здоров'ям, і навіть бути готовою звернутись до лікаря, але має страх, що подумає суспільство. Тих, хто має проблеми з психічним здоров'ям, завжди намагалися відокремити від суспільства [27, с. 46-47].

Успішні профілактичні заходи, як правило, ґрунтуються на теорії, культурно релевантні, відповідають рівню розвитку і здійснюються в різних контекстах. Профілактичні заходи сприяють зміцненню здоров'я і благополуччя окремих осіб, громад і націй.

Розширення профілактичних послуг знижує витрати на психіатричну допомогу, в той час як нові технологічні інновації (наприклад, телемедицина) обіцяють профілактичні втручання. Починаючи з дитинства і закінчуючи дорослим віком, доступ до профілактичних послуг та втручання має важливе значення для поліпшення якості життя та функціонування людини і скорочення захворюваності та передчасної смерті. Профілактика, як правило, використовує підхід розвитку, орієнтований на дітей та підлітків, з тим щоб полегшити траєкторії, що ведуть до позитивних результатів. Підходи до зміцнення здоров'я озброюють людей життєвими навичками та навичками подолання труднощів, такими як навички вирішення проблем, сприяючи їх здатності жити

повноцінно, будучи здатними протистояти майбутнім стресовим життєвим подіям.

Психологічна профілактика включає в себе методи, що дозволяють уникнути виникнення розладу або захворювання в цілому. Більшість зусиль по зміцненню здоров'я населення спрямовані саме на це. Цей метод призначений для людей і груп, які мають високий ризик розвитку психічного захворювання на основі біологічних, соціальних або психологічних факторів ризику [33].

Розрізняють первинну, вторинну і третинну профілактику. Під первинною профілактикою розуміють охорону здоров'я майбутніх дітей, генетичні консультації, заходи, спрямовані на оздоровлення жінок, лікувально-педагогічну корекцію.

Вторинна профілактика – це рання діагностика, прогноз і попередження небезпечних для життя хворого станів, вчасний початок лікування, застосування адекватних методів корекції, тривала підтримуюча терапія.

Третинна профілактика – система заходів, спрямованих на попередження інвалідності при хронічних захворюваннях.

До психопрофілактики відносять заходи, що мають за мету:

1. Попередження психотравмуючих впливів у побуті і на виробництві (основа профілактики неврозів, психопатій та деяких інших видів психічної патології).
2. Попередження ятрогеній та дидактогеній.
3. Забезпечення своєчасного лікування і психотерапевтичного догляду за соматично хворими і тими, хто видужує (уважність, доброзичливість тощо).
4. Індивідуальний підхід у визначенні виробничого навантаження після хвороби, регламентація умов праці та побуту.
5. Проведення протирецидивної терапії після хвороби.

У психопрофілактичних заходах, окрім вказаного, особливо важливе місце посідає створення правильного режиму харчування і відпочинку, сприятливої психологічної атмосфери вдома, у лікувальній установі й на

роботі, психотерапевтична підготовка всього медичного персоналу і відповідний підхід до хворих [9, с. 5-8].

2.2. Характеристика основних методик емпіричного дослідження. Методи та форми даного дослідження

Метою емпіричного дослідження даної роботи є оцінка та виявлення невротичних станів, а також станів, що передують невротичному розвитку.

Психологія виконує свої завдання через використання певних методів, прийомів, які служать методами психологічного дослідження. Методи психологічного дослідження також мають залежність від основних теоретичних принципів, що лежать в основі предмета психології, конкретних завдань, які вона вирішує.

Етапи психологічного дослідження:

1. Постановка проблеми (питання про причини або чинники, що визначають існування або специфіку того чи іншого явища).
2. Висунення гіпотези (можлива відповідь на питання, сформульоване в задачі).
3. Перевірка гіпотези на емпіричному матеріалі.
4. Інтерпретація результатів випробувань.

Як і всі природничі науки, психологія має два основних методи отримання психологічних фактів: спостереження (описове) і експеримент. Кожен з методів має ряд модифікацій, які уточнюють, але не змінюють їх суті.

Описові методи дають дослідникові роль спостерігача, який не втручається в спостережуване явище і тільки описує його максимально об'єктивно.

Це дослідження проводилось на базі КНП «ТОКПЛ.» ТОР. Вибірка складається із 40 осіб. Із них: 29 – жіночої статі, 11 – чоловічої статі. Вік та соціальний статус різні. Переважна більшість – персонал.

Для даного дослідження було обрано наступні тестові методики:

1. Клінічний опитувальник для виявлення і оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич) (Додаток А).
2. Діагностика емоційного вигорання В.В. Бойко (Додаток Б).
3. Тест життєстійкості Мадді (Додаток В).

Першим етапом дослідження є виявлення та оцінка невротичних станів за допомогою клінічного опитувальника, призначеного для якісного аналізу невротичних проявів, і який дозволяє виявити основні синдроми невротичних станів [51, с. 1-2].

Опитувальник розробили вчені К.К. Яхін і Д.М. Менделевич. Стимульний матеріал складається із 68 запитань, котрі пов'язані із шести шкалами методики.

Перелік шкал клінічного опитувальника:

1. Тривога.
2. Невротична депресія.
3. Астенія.
4. Істеричний тип реагування.
5. Обсесивно-фобичні порушення.
6. Вегетативные нарушения.

Досліджуваному потрібно відповісти на усі запитання тесту, згідно з інструкцією психолога та представленим стимульним матеріалом у вигляді п'ятибальної системи відповідей:

- 5 балів – ніколи не було;
- 4 бали – рідко;
- 3 бали – іноді;
- 2 бали – часто;
- 1 бал – постійно або завжди.

Інтерпретація результатів опитування відбувається наступним чином – діагностичні коефіцієнти шести шкал сумуються і вибудовують графік. Якщо

кофіцієнт шкали більше +1,28 це вказує на рівень здоров'я, а якщо менше -1,28 це свідчить про хворобливий характер.

Наступний етап: «Діагностика емоційного вигорання» В.В. Бойко, котра дозволяє оцінити фазу емоційного вигорання і вираженість тих чи інших симптомів у кожній фазі.

Дана методика, запропонована Віктором Бойко, дозволяє діагностувати рівень психологічного захисту та його механізм, що проявляється як виключення емоцій(часткове або повністю) у відповідь на психологічно травмуючі впливи.

Автор методики описує емоційне вигорання як це механізм психологічного захисту, який людина виробляє. Вигорання - це частково функціональний стереотип, котрий дозволяє індивіду дозувати свої енергетичні ресурси і економно витратити їх. Проте, дисфункціональні наслідки можуть виникнути тоді, коли вигорання погано відображається на професійній діяльності та відносинах з людьми [38].

Стимульний матеріал опитувальника складається з 84 тверджень, на котрі досліджуваний повинен відповісти «так» або «ні» згідно оцінки свого стану. Стимульний матеріал опитувальника складається з 84 тверджень, на котрі досліджуваний повинен відповісти «так» або «ні» згідно оцінки свого стану.

Якщо людина є професіоналом у якій-небудь сфері взаємодії з людьми, то доволі цікаво побачити якою мірою сформувався психологічний захист у формі емоційного вигорання.[8, с. 2-3].

На думку лікарів і терапевтів, існує три основні фази вигорання:

Перша фаза

На першому етапі ми відчуваємо надмірний ентузіазм і ставимо перед собою високі ідеалістичні цілі. Ми схильні переоцінювати свій потенціал і готові працювати без втоми.

Друга фаза

Коли виникають проблеми, вони сповільнюють нас. Щоб компенсувати це, ми працюємо ще більше. По мірі того як ми напружуємося все більше і

більше, ми починаємо відчувати, що наші проблеми нездоланні. Якщо страхи не почали з'являтися під час першої фази, вони починають з'являтися зараз. Але ми ігноруємо ці страхи. Замість цього ми звинувачуємо інших, критикуємо систему, втрачаємо інтерес до своєї роботи і починаємо сумніватися у власному досвіді. Ми розглядаємо можливість повної відмови. Наші перші фізичні симптоми стають очевидними, і ми відчуваємо себе все більш дратівливими.

Третя фаза

Ми повністю розчаровані і невмотивовані. Депресія - це частина повсякденного життя, і саме життя здається безглуздим. Ми відчуваємо, що на межі, і хочемо повністю здатися.

Німецький психолог Матіас Буриш дає інший і більш докладний опис у своїй книзі 2005 року «Синдром вигорання»:

1. Попереджувальні симптоми на ранніх стадіях вигорання:

Перша фаза вигорання починається з невпинного прагнення до успіху.

- витрачання надмірної кількості енергії (наприклад, гіперактивність, добровільна безоплатна понаднормова робота, відмова в задоволенні особистих потреб);

- виснаження (наприклад, нестача енергії, нестача сну).

2. Зниження самовіддачі:

- клієнтам і пацієнтам (наприклад, втрата позитивних емоцій, велика дистанція по відношенню до клієнтів);

- до інших взагалі (наприклад, втрата емпатії, виникнення цинізму);

- на роботі (наприклад, розчарування, відраза, втома);

- підвищене почуття власної гідності (наприклад, відчуття, що ви заслуговуєте більшого, почуття, що вас недооцінюють або експлуатують, обурення).

3. Емоційна реакція:

- депресія (наприклад, почуття провини, невдачі і жалості до себе);

- агресія (наприклад, висуваючи звинувачення, звинувачуючи інших, діючи примхливо або дратівливо в ваших взаємодіях з іншими).

4. Погіршення стану:

- когнітивні функції (наприклад, дезорганізація, нерішучість, відсутність концентрації);
- мотивація (наприклад, мінімальні зусилля, зниження ініціативи);
- креативність (наприклад, зниження гнучкості та уяви);
- здатність розрізняти (наприклад, жорстке чорно-біле мислення, опір будь-яким змінам).

5. Сплющування:

- емоційне життя (наприклад, байдужість);
- соціальне життя (наприклад, уникнення неформальних контактів, самотність);
- духовне життя (наприклад, загальна відсутність інтересу, відсутність бажання витратити час на те, щоб займатися життям, діяльністю, якою ви колись насолоджувалися, такий як садівництво, читання).

6. Психосоматичні реакції:

- вони приймають різні форми. наприклад: безсоння, головні болі, ускладнене дихання, високий кров'яний тиск.

7. Відчай, почуття безпорадності і безнадійності аж до суїцидальних нахилів.

Шкалами в опитувальнику є три фази вигорання, кожна з яких включає певні характерні симптоми: (див. табл. 2.1.)

Обробка даних відбувається в три етапи:

1. Визначається сума балів окремо для кожного з 12 симптомів фаз вигорання, з урахуванням коефіцієнта зазначеного в дужках. Так, наприклад, з першого симптому позитивну відповідь на питання номер 13 оцінюється в 3 бали, а негативну відповідь на питання номер 73 оцінюється в 5 балів і т. д. Кількість балів підсумовується і визначається кількісний показник вираженості симптому.

Фази емоційного вигорання та їх симптоми

| Фаза напруги | Фаза резистенції | Фаза виснаження |
|---|--|---|
| Переживання психотравматуючих обставин. | Неадекватне вибіркоче емоційне реагування. | Емоційний дефіцит. |
| Незадоволеність собою. | Емоційно-моральна дезорієнтація. | Емоційна відстороненість. |
| «Загнаність в клітку.» | Розширення сфери економії емоцій. | Особистісна відстороненість (деперсоналізація). |
| Тривога і депресія. | Редукція професійних обов'язків. | Психосоматичні та психовегетативні порушення. |

2. Сума показників симптомів підраховується для кожної з трьох фаз формування «вигорання».

3. Знаходиться підсумковий показник синдрому «емоційного вигорання» – сума показників всіх дванадцяти симптомів [8, с.16-17].

Інтерпритація результатів відбувається таким чином: показник вираженості кожного симптому коливається в межах від 0 до 30 балів. А саме:

- 9 і менше балів – не склався симптом;
- 10-15 балів – складений симптом;
- 16 і більше – сформований симптом;
- симптоми з показником 20 і більше балів відносяться до домінуючих у фазі або у всьому синдромі емоційного вигорання.

Це дозволяє побачити провідні симптоми вигорання. Можна прослідкувати в який фазі формування стресу є домінуючі симптоми та де їх найбільше.

Наступний етап: Тест життестійкості Маді.

Тест був розроблений американським психологом С. Маді у 1984 році.

Маді стверджував, що коли людина може керувати професійними і особистими змінами таким чином, щоб просувати свої цілі, посилювати

здатність перетворювати проблеми в переваги і поглиблювати професійний і особистий сенс, то така людина домагається успіху як лідер і особистість. Це шлях витривалості.

Опитувальник оцінює індивідуальні та організаційні ресурси для ефективного управління стресовими змінами. Він оцінює, наскільки добре людині допомагають її ресурси протистояти і захищати себе від негативних наслідків стресових змін у житті.

Тест дає змогу дізнатись індекс ефективності продуктивності, наскільки навички подолання забезпечують буфер від негативних наслідків стресу.

Російськомовна ж адаптація уперше була виконана в 2006 році Д.А. Леонтьєвим та Є.І. Розказовою [26, с.1-2].

Стимульний матеріал включає 45 запитань на котрі потрібно відповісти «ні», «швидше ні, ніж так», «швидше так, ніж ні», «так». Життєстійкість включає в себе такі шкали:

- залученість;
- контроль;
- прийняття ризику.

2.3. Аналіз отриманих результатів дослідження з обраної вибірки

Початковий етап дослідження проводиться на вибірці – 40 осіб, з яких 29 – жіночої статі, 11 – чоловічої статі. Їм було запропоновано пройти клінічний опитувальник виявлення і оцінки невротичних станів, що містить 68 запитань. Перед респондентом поставлене завдання уважно прослухати запитання і дати відповідь. Досліджуваним зачитується інструкція, яка має вигляд:

«Оцініть свій стан за останні два тижні-місяць та дайте відповідь за п'ятибальною системою: 5 балів – ніколи не було, 4 бали – рідко, 3 бали – іноді, 1 бал – постійно або завжди.»

Після проведення опитування було отримано результати, за якими можна прослідкувати якісну своєрідність невротичної симптоматики як кожного з досліджуваних, так і у загальному.

Аналізуючи дані було отримано такі результати (див. рис. 2.1.):



Рис. 2.1. Результати розподілу досліджуваної вибірки

На даному рисунку зображено кількісне відношення результатів досліджуваних та хворобливого характеру невротичних проявів.

Якщо ж розглянути результати більш розгорнуто дані матимуть такий вигляд (див. таб. 2.2.):

Таблиця 2.2.

Результати розподілу невротичних ознак у досліджуваних

| Назва шкали | Хворобливий характер (кількість осіб) | Рівень здоров'я (кількість осіб) |
|-----------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| Тривога | 29 | 6 |
| Невротична депресія | 26 | 6 |
| Астенія | 17 | 6 |
| Істеричний тип реагування | 17 | 6 |
| Обсесивно-фобічні порушення | 19 | 6 |
| Вегетативні порушення | 20 | 6 |

Із наведеної вище таблиці видно, що найбільші числові характеристики невротичної симптоматики мають такі шкали:

- шкала тривоги – 29 осіб;
- шкала невротичної депресії – 26 осіб.

Далі розподіл отриманих даних має такий вигляд:

- шкала вегетативних порушень – 20 осіб;
- шкала obsесивно-фобічних порушень – 19 осіб;
- шкала астенії – 17 осіб;
- шкала істеричного типу реагування – 17 осіб;
- невротичних ознак не виявлено – 6 осіб.

Що це означає? За результатами обробки даних та їх інтерпретації ми вивели діагностичні коефіцієнти за усіма шкалами. Показники більше +1,28 вказують на рівень здоров'я, що було виявлено у 6 респондентів. Показники, у яких числова відмітка була менше -1,28 свідчать про хворобливий характер виявлених невротичних симптомів.

Отже, якщо детальніше розібрати результати розподілу вибірки, яка складається з 40 осіб, то ми побачимо, що у 6 респондентів не було виявлено невротичних ознак ні за одною із шести шкал клінічного опитувальника, а у 9 досліджуваних навпаки було виявлено хворобливий характер за всіма шкалами. Ще 25 учасників дослідження розподілились наступним чином:

- 10 осіб – мають хворобливі прояви за шкалами тривоги та невротичної депресії;
- 6 осіб – мають хворобливі прояви за шкалами тривоги, obsесивно-фобічних порушень та вегетативних порушень;
- 3 осіб – мають хворобливі прояви за шкалами істеричного типу реагування та астенії;
- 4 осіб – мають хворобливі прояви за шкалами вегетативних порушень та істеричного типу реагування;
- 2 осіб – мають хворобливі прояви за шкалами невротичної депресії та астенії.

Виражена тривожність характеризується зниженням порогу збудження стимулів, котрі викликають тривогу. А також це сигналізує про наявність ознак занепокоєння, нетерплячості, нерішучості, невпевненості в спілкуванні, непосидючості.

Виражена астения характеризується порушенням уваги, психічною та фізичною гіперстезією (підвищена чутливість, підвищена збудливість відчуттів), зниженням працездатності, дратівливістю, швидкою втомлюваністю, емоційною лабільністю (нестійкість).

Виражене obsesивно-фобічне порушення характеризується наявністю нав'язливих спогадів, страхів, сумнівів, невпевненістю в своїх діях та прийнятих рішеннях.

Виражені вегетативні порушення характеризуються зниженням апетиту, головним болем, порушенням серцево-судинної діяльності, поганою стійкістю тону судин, шкунково-кишковими розладами, порушенням сну, порушенням терморегуляції.

Вираженість істеричного типу або конверсійного розладу характеризуються підвищеною вразливістю, потребою у визнанні, чутливістю до образ, а також порушеннями серцевої діяльності, дихання, шлунково-кишкового тракту, невровими тіками.

Вираженість невротичної депресії характеризується симптомами зниженого настрою, послаблення тону та енергії, зниженням інтересів, відчуттям безутішності, обмеженням контактів з оточуючими.

Наступним етапом діагностичної роботи було проведення «Діагностики емоційного вигорання» В.В. Бойко на загальній вибірці. Метою даної методики є оцінка фаз емоційного вигорання, а також вираженість певного набору симптомів для кожної фази.

Респондентам було запропоновано ознайомитись із стимульним матеріалом опитувальника, який складається із 84 тверджень, та зачитано попередньо інструкцію, котра має вигляд:

«Прочитайте уважно твердження та дайте відповідь у форматі «так» або «ні». Намагайтесь довго не затримуватись на одному запитанні та відповідати правдиво. Зауважте, що якщо у твердженні йде мова про партнерів, то маються на увазі суб'єкти вашої професійної діяльності – пацієнти, клієнти, замовники, партнери та інші люди, з якими ви щоденно працюєте.»

Аналіз результатів, отриманих після дослідження показав такі дані (див. табл. 2.3.):

Таблиця 2.3.

Результати розподілу досліджуваної вибірки на рівень емоційного вигорання

| Стадії формування емоційного вигорання | Фаза напруження | | Фаза резистенції | | Фаза виснаження | | Загальна кількість % |
|--|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|-----|----------------------|
| | Кількість збігів (осіб) | % | Кількість збігів (осіб) | % | Кількість збігів (осіб) | % | |
| Формування не склалось | 3 | 7.5 | 4 | 10 | 6 | 15 | 32.5 |
| Стадія формування | 8 | 20 | 5 | 12.5 | 3 | 7.5 | 40 |
| Сформована фаза | 5 | 12.5 | 3 | 7.5 | 3 | 7.5 | 27.5 |

Отже, з наведених вище даних ми бачимо, що із загальної вибірки (40 осіб) у 13 респондентів не сформувалась ні одна із фаз емоційного вигорання; у 16 досліджуваних на стадії формування знаходяться фази напруження, резистенції та виснаження; а в 11 осіб виявлено вже сформовані фази за трьома шкалами.

Емоційне вигорання це така собі форма професійної деформації людини, що виникає на протязі життєвого шляху особистості. Таким чином емоційне вигорання відрізняється від всіляких форм ригідності, наприклад, яка має свої органічні причини, такі як психосоматичні порушення або властивості нервової системи. Емоційне вигорання є процесом динамічним, котрий виникає етап за етапом у відповідності до поетапного механізму розвитку стресу.

Згідно з даними із таблиці ми бачимо, що у фазі напруження у 3 респондентів симптоми не склались, у 8 осіб фаза знаходиться на стадії формування та у 5 досліджуваних ця фаза є сформованою. Що ж у собі несе фаза напруження? Нервові напруження, як відомо, слугує пусковим механізмом в процесі формування синдрому емоційного вигорання. Ця напруга має досить динамічний характер, що обумовлюється постійним станом виснаженості та посиленням травматуючих чинників. Що спричиняє цю напругу? Її створює дестабілізуюча атмосфера, хронічна психоемоційна атмосфера, труднощі контингенту та підвищена відповідальність. Характерними симптомами для цієї фази є: переживання психотравматуючих обставин, незадоволеність собою, відчуття загнаності в клітку та симптом тривоги й депресії.

Наступною є фаза резистенції, за якою в 4 осіб формування симптомів вигорання не склалось, ще у 5 респондентів фаза на стадії формування, а в 3 досліджуваних ця фаза є сформованою. Отже, фаза резистенції або опору означає, що індивід з більшою або меншою успішністю намагається захистити себе від негативних вражень. Фактично, це є продовженням першої фази, адже опір до наростаючого стресу розпочинається уже з моменту прояву тривоги або напруги. Кожна людина прагне до психологічного комфорту, свідомо чи несвідомо. Це природно. Вона намагається зменшити тиск зовнішніх обставин за допомогою усіх наявних їй ресурсів. Отже, формування захисту відбувається за участі таких явищ: неадекватне вибіркове емоційне реагування, емоційно-моральна дезорієнтація, розширення сфери економії емоцій, редукція професійних обов'язків.

Третя і остання фаза емоційного вигорання – виснаження. Як показано у таблиці вище, у 6 респондентів симптоми не склались, у 3 осіб вони знаходяться у стадії формування та ще у 3 досліджуваних вони уже сформовані. На фоні цієї фази відбувається зниження емоційного тону та пригнічення психічних процесів, що настає як наслідок неефективного опору. Вона характеризується ослабленням нервової системи та загальним пригніченням

енергетичного тону. Отож, не маючи іншого виходу, у особистості залишається єдиний варіант емоційного захисту у формі «вигорання». Симптомами, що супроводжують цю фазу є: симптом емоційного дефіциту, емоційної відстороненості, особистої відстороненості, психосоматичні та психовегетативні порушення.

Останнім етапом емпіричного дослідження даної роботи було проведення тесту життєстійкості Маді в адаптації Д.А. Леонтьєва та Є.І. Розказової. В останні 25 років стійкість особистості описувалася як сукупність взаємопов'язаних атитюдів прихильності, контролю і виклику, які разом забезпечують екзистенціальну сміливість і мотивацію для перетворення стресових обставин з потенційно проблемних в можливість для росту. Таким чином, витривалість стала розглядатися як шлях до стійкості і все частіше використовується в консультативній роботі.

Досліджуваним було запропоновано пройти тест із 45 запитань та попередньо зачитано інструкцію, яка має вигляд:

«Прочитайте наступні твердження та оберіть той варіант відповіді, котрий найточніше відображає вашу думку, а саме: «ні», «скоріше ні, ніж так», «скоріше так, ніж ні», «так». Немає правильних або неправильних варіантів відповіді. Важлива лише ваша думка. Намагайтесь довго не затримуватись даючи відповідь.»

Аналізи результатів, отриманих після дослідження мають такий вигляд (див. таб. 2.4.):

Таблиця 2.4.

Результати розподілу досліджуваної вибірки на рівень життєстійкості

| Назва шкали | Рівень вираженості | | |
|-----------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| | Низький Кількість збігів (осіб) | Середній Кількість збігів (осіб) | Високий Кількість збігів (осіб) |
| Залученість | 4 | 29 | 7 |
| Контроль | 8 | 18 | 14 |
| Приняття ризику | 6 | 23 | 11 |
| Життєстійкість | 6 | 22 | 12 |

Із наведеної вище таблиці видно, що найбільші числові характеристики має середній рівень вираженості за усіма шкалами, а саме:

- за шкалою залученості – 29 осіб;
- за шкалою контролю – 18 осіб;
- за шкалою прийняття ризику – 23 особи.

Високий рівень має такий розподіл:

- за шкалою залученості – 7 осіб;
- за шкалою контролю – 14 осіб;
- за шкалою прийняття ризику – 11 осіб.

І нарешті низький рівень має такі збіги серед загальної вибірки:

- за шкалою залученості – 4 особи;
- за шкалою контролю – 8 осіб;
- за шкалою прийняття ризику – 6 осіб.

Що ж означають ці шкали? Залученість – це переконання людини в тому, що бути залученим в будь-яку діяльність дає можливість особистості знайти для себе щось цікаве та корисне. Людина з високим рівнем залученості отримує задоволення від своєї діяльності. Низький рівень залученості навпаки може створювати відчуття відкинутості.

Контроль представляє переконання людини в тому, що боротьба дає змогу так чи інакше вплинути на результат подій, навіть за умови, що успіх не гарантовано. Низький рівень проявляється у відчутті безпорадності, тоді як особистість із добре розвиненим відчуттям контролю відчуває, що сама обирає свій шлях.

Прийняття ризику – це впевненість людини у тому, що все, що трапляється з нею є сприятливим досвідом для розвитку та отримання нових знань не зважаючи на те чи він є негативним або позитивним. Особистість, для якої життя це спосіб набуття нового досвіду, вміє діяти навіть тоді, коли немає певних гарантій успіху, приймаючи усі можливі ризики. Основою прийняття ризику є ідея розвитку шляхом активного отримання та засвоєння знань із досвіду та їх подальшого використання.

Та найбільше нас цікавить рівень життєстійкості, і як ми бачимо із таблиць, середній рівень життєстійкості має найвищі числові характеристики – виявлено у 22 респондентів, ще у 12 досліджуваних виявлено високий рівень за цією шкалою, та у 6 осіб рівень життєстійкості є низьким.

Життєстійкість – це переконання людини про своє місце у світі, про себе та відносини з навколишнім світом. Ця риса включає в себе три автономні характеристики: залученість, контроль та прийняття ризику. Рівень вираженості цих компонентів та самої життєстійкості є перешкоджаючим фактором у виникненні напруги при стресових ситуаціях, шляхом стійкого подолання або копінгу за рахунок сприйняття цих ситуацій як менш значущих.

Висновок до розділу II

У цьому розділі ми проводили психологічне дослідження, котре включало в себе такі методики:

1. Клінічний опитувальник для виявлення і оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич).
2. Діагностика емоційного вигорання В.В. Бойко.
3. Тест життєстійкості Мадді.

Це дослідження проводилось на базі КНП «ТОКПЛ.» ТОР. Вибірка складалась із 40 осіб. Першим етапом дослідження було проведення клінічного опитувальника для виявлення та оцінки невротичних станів, за розробки К.К. Яхіна та Д.М. Менделевича. Результати показали високий рівень за шкалою тривожності, а саме такий результат було виявлено у 29 осіб із загальної вибірки. Також, високі числові відмітки мають шкали невротичної депресії – 26 осіб, та вегетативних порушень – 20 досліджуваних. Було виявлено хворобливий прояв цих невротичних симптомів (див. таб. 2.2.).

Наступним етапом було проведення діагностики рівня емоційного вигорання за методикою В.В. Бойко. Згідно цього опитувальника визначався рівень сформованості фаз емоційного вигорання. Таких фаз є три

- фаза напруження;
- фаза резистенції;
- фаза виснаження.

Результати показали, що у 13 досліджуваних із вибірки не склалась ні одна із фаз, що сигналізує про слабку вираженість відповідних симптомів. Ще у 16 осіб та чи інша фаза знаходиться на стадії формування, та у 11 фаза є сформованою (див. таб. 2.3.).

Останнім етапом дослідження була методика С. Маді на вижзачення рівня життєстійкості. Обробка результатів показала наступні дані за шкалою життєстійкості:

- низький рівень – 6 осіб;
- середній рівень – 22 особи;
- високий рівень – 12 осіб.

Отже, як ми бачимо, найвищі числові характеристики має середній рівень життєстійкості, а найменші середній рівень (див. таб. 2.4.).

РОЗДІЛ III. РОЗРОБКА ШЛЯХІВ ПОПЕРЕДЖЕННЯ РОЗВИТКУ НЕВРОЗІВ ЗАСОБАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРОСВІТИ У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

3.1. Розробка інформаційної лекції на тему «Що таке невроз?»

Для попередження невротичного розвитку особистості важливо розуміти причини та розрізняти симптоми неврозу. Чи можна виявити ці ознаки? Вчені можуть розходитися в думках про причини неврозу, але симптоми мають загальні риси. Невроз - це психічний розлад, що включає дистрес і тривогу, але без галюцинацій або марень.

Людина, що страждає від неврозу може відчувати себе пригнічено, напружено та відчувати тривогу, мати низьку самооцінку або страждати від емоційної нестабільності.

Загальні симптоми соматичного неврозу

Комплекс симптомів функціональних соматичних розладів, що виникають у хворих неврозом, дуже широкий і може впливати на функціонування практично всіх систем організму. Тому психічне захворювання часто викликає епізодичну біль у серці, що нагадує нестабільну стенокардію, яка виникає при фізичному навантаженні, так і в стані спокою. Такі випадки позначаються таким терміном, як серцевий невроз.

Крім коронарних проявів, психічні розлади часто проявляються у вигляді тремору кінцівок, надмірного потовиділення і явного занепокоєння. У хворих спостерігаються ознаки вегето-судинної дистонії, що супроводжується гіпотонічним синдромом. При критичному зниженні артеріального тиску пацієнт може втратити свідомість.

Симптоми неврозу можуть полягати у виникненні так званої психалгії – почуття фантомного болю при відсутності будь-якої реальної патології. Біль в даному випадку є психічною реакцією на панічне очікування її з боку пацієнта.

Складається ситуація, коли людина переживає саме те, чого вона боїться, і підсвідомо тримає це в розумі.

Особливі форми неврозів і їх клінічні ознаки

Існує кілька різновидів захворювання, що мають свої власні психічні симптоми. При цьому клінічна картина рідко спостерігається в повному обсязі. Як правило, в кожному випадку є одна переважаюча клінічна ознака.

Істеричний невроз. Люди, які страждають цією формою захворювання, проявляють нервозність і дратівливість навіть в спокійній обстановці. Їх поведінка часто неадекватна і реакція може бути непередбачуваною. Соматично істеричний невроз проявляється руховими і вегетативними порушеннями, такими як гіпотонія і компульсивні рухи.

Напади істерії зазвичай проявляються у вигляді афективного психічного нападу, під час якого хворий може кататися по підлозі, кричати, намагатися фізично впливати на оточуючих або намагатися покінчити з собою. Однак така поведінка в деяких випадках є не істинним істеричним неврозом, а прихованим симптомом наступної форми захворювання.

Іпохондричний невроз. Це результат страху захворіти будь-яким серйозним захворюванням або потрапити в ситуацію, яка здається пацієнту безнадійною. Це захворювання часто проявляється як істерія, або у вигляді obsesивно-компульсивного неврозу. При цьому, як правило, хворі проявляють багато психічних симптомів з наведеного вище списку. Людина може проходити регулярні медичні огляди, читати медичну літературу, але в будь-якому випадку продовжувати підозрювати, що знаходиться в невиліковному стані. Подібні явища іноді спостерігаються серед студентів-медиків або людей, що працюють в області смертельних захворювань.

Депресивний невроз. Це може бути результатом як психогенної, так і невротичної депресії. В останньому випадку симптоми захворювання слабкі і проявляються не у повній мірі. Часто у пацієнта спостерігається лише незначне зниження працездатності. При наявності психогенного депресивного стану хворий відчуває себе покинутим, скаржиться на смуток, у нього розвивається

комплекс неповноцінності. Соматично може спостерігатися сексуальна дисфункція, гіпотензія і млявість.

Неврастенія. Існує три стадії цього різновиду неврозу. Перша фаза розвитку захворювання характеризується вираженою дратівливістю без будь-яких соматичних симптомів. Розумова і фізична працездатність, як правило, зберігається. На другому етапі пацієнт відчуває невелике зниження працездатності, що стає ще одним фактором, що посилює його стан. Заключна стадія захворювання характеризується вираженою слабкістю, млявістю і апатією. Розвивається астеничний синдром.

Профілактика неврозів

Незважаючи на те, що прогноз невротичних станів має сприятливу тенденцію, для повного лікування потрібно багато часу, зусиль, а іноді і витрат. Тому профілактика розглянутого захворювання має велике значення.

Заходи профілактики неврозу включають в себе знаходження балансу між роботою і відпочинком, наявність якогось хобі, регулярні прогулянки на свіжому повітрі. Крім того, слід знайти можливість для зняття психічного напруження. Ведення щоденника може спрацювати.

Також важливо ретельно відстежувати власний стан і звертатися до фахівця при появі перших симптомів психологічного перевантаження.

Згідно із даними психологічного дослідження (див. таб. 2.2.) у 29 досліджуваних було зафіксовано хворобливий прояв тривожності. Тому доцільним є розглянути саме цей вид невротичного розвитку більш розгорнуто поряд із загальними рекомендаціями профілактики невротичного розвитку.

Тривожний невроз найчастіше називають генералізованим тривожним розладом або ГТР, це один з найбільш поширених розладів, що спостерігається фахівцями в області психічного здоров'я. На щастя, існують варіанти лікування ГТР, які можуть бути адаптовані до конкретних потреб і переваг кожного клієнта.

У травні 2010 року дослідження, що фінансується Національним інститутом психічного здоров'я, вивело програму терапії під назвою

«координоване навчання і управління тривожністю», яка продемонструвала значно краще поліпшення симптомів, ніж звичайна допомога. Хоча багато хто з пацієнтів схильний віддавати перевагу психосоціальним підходам лікування перед медикаментозним, це дослідження перевертується з тим, що багато клініцистів рекомендують для лікування ГАД комбінований план лікування фармакології та психотерапії. Методи лікування існують різні, але це трудомісткий процес. Тому важливо знати не лише що таке невроз, його симптоми та методи лікування, а також не менш важливою є профілактика цього захворювання, завдяки якій процес невротичного становлення особистості можна призупинити або ж позбутися небажаних симптомів.

Як перестати постійно все обдумувати та полегшити свою тривожність

Ви коли-небудь прокручували в голові розмову, рішення або сценарій знову і знову, як заїзджену платівку? «Може бути, мені слід було сказати це?»; «А що, якби я це зробив?». І коли ви намагаєтесь відключити свій мозок думки стають лише гучнішими.

«Іноді ми думаємо, що є правильна або неправильна відповідь на проблему, і що більше роздумів допоможе нам прийняти краще рішення», - говорить Емі Морін, психотерапевт і автор книги «13 речей, які розумово сильні жінки не роблять». В інших випадках ми шукаємо способи впоратися з дискомфортом або запобігти йому.

Але витратити час на нав'язливі переживання - це морально виснажливо. Насправді, одне дослідження 2003 року, опубліковане в журналі *Personality and Individual Differences*, пов'язувало стрес з негативним настроєм і поганою якістю сну, а інше дослідження 2013 року в журналі *Journal of Abnormal Psychology* пов'язувало надмірне обдумування з депресією і тривогою.

Кожен відчуває занепокоєння і стрес час від часу. Це нормальна поведінка, яка часто йде поряд з напруженим життям. Згідно Асоціації тривожних розладів Америки, або ADAА, коли ваша тривога стає настільки вираженою, що ваше психічне здоров'я втручається у вашу повсякденне життя, у вас може бути тривожний розлад. Оскільки тривога в значній мірі є

емоційним почуттям, її важко виміряти. Анкетування, спостереження за вашими особистими взаємодіями і вимірювання фізичних симптомів, пов'язаних з тривогою, може бути відправною точкою.

Тривога також може бути виміряна за допомогою фізичних ознак. Стрес, депресія та тривожні розлади можуть викликати стрес для вашого тіла, а також вашого розуму. Люди з підвищеною тривожністю можуть бути більш схильні до високого тиску і стрибків рівня глюкози в крові. Ваше серце може битися швидше у відповідь на ваше занепокоєння, і ваші м'язи можуть відчувати себе напруженими, відображаючи вашу емоційну напруженість. Проходження медичного огляду поряд з розмовами про ваші емоційні симптоми може показати вам і вашому лікареві, що ви страждаєте від тривожності, особливо якщо у вас немає інших основних медичних умов, які могли б пояснити раптову зміну вашого фізичного здоров'я.

Втрата апетиту через тривожність

Тривога часто характеризується як почуття нервозності, побоювання, занепокоєння або страху. У більшості випадків тривога проходить як тільки усувається провокуючий фактор. Тим не менш, деякі люди продовжують відчувати занепокоєння або страх, і це навіть погіршується з часом. Це часто є ознакою тривожного розладу.

Симптоми. Крім почуття нервозності, занепокоєння або страху, тривожний розлад може викликати втому, дратівливість, неспокій і відсутність концентрації. Він також проявляється фізичними симптомами, такими як пітливість, нудота, діарея, тремтіння, задишка і прискорене серцебиття. Це може навіть вплинути на цикли сну, викликаючи безсоння.

Втрата апетиту. Втрата апетиту, яка може супроводжувати почуття тривоги зазвичай не є результатом самої тривоги. Насправді, це симптом депресії. За даними Національного інституту психічного здоров'я генералізовані тривожні розлади і панічні розлади рідко виникають поодиночі. Багато людей також страждають від депресії або в результаті або одночасно з тривожним розладом.

Самодопомога. Вживання невеликих порцій їжі кілька разів протягом дня може допомогти стабілізувати рівень цукру в крові і тим самим полегшити відчуття тривоги. Також передбачається, що ви їсте багато складних вуглеводів, таких як цільні зерна, овочі і бобові, обмежуючи споживання цукру, оброблених зерен, алкоголю і кофеїну. Навіть вживання великої кількості води може допомогти стабілізувати ваш настрій. Проте, ці дієтичні зміни жодним чином не можуть замінити лікування. Вони повинні використовуватися тільки в поєднанні з контрольованим доглядом.

3.2. Проведення лекції як засіб профілактики невротичного розвитку особистості

Лекція на тему: «Що таке невроз?»

План:

1. Короткий екскурс з поняття неврозу.
2. Як визначити ранні ознаки симптомів неврозу.
3. Тривога та тривожний розлад – що це таке та як боротись.
4. Загальні рекомендації.

Хоча термін «невротик» зовсім недавно вийшов з моди, він використовувався психіатрами протягом більшої частини 20-го століття для опису широкої категорії станів, які були пов'язані з порушенням нормального функціонування, тривогою і депресією, але були чітко диференційовані від психотиків. На відміну від людей цієї категорії, невротики підтримують контакт з реальністю і рідко займаються вкрай девіантною, соціально неприйнятною поведінкою. Слід зазначити, що термін прикордонний розлад особистості виник з концептуального простору між невротиком і психотиком. Спочатку прикордонні індивіди були тими, хто зазвичай підтримував контакт з реальністю, але під тиском виявляв крайню нестійкість і примітивний захист.

Є багато різних типів неврозів, але ось кілька найбільш поширених:

1. Обсесивно-компульсивний невроз - людина має нав'язливі думки або дії, які змушують її повторювати певні види поведінки. Їй доводиться повторювати цю поведінку, інакше вона стане вкрай засмученою.

2. Посттравматичний стресовий розлад - людина страждає від глибоко травмуючі події і продовжує переживати цю подію до тої міри, що повсякденне життя значно погіршується.

3. Фобії – коли людина відчуває панічні атаки і тривогу, які пов'язані з ірраціональними страхами.

4. Депресивний невроз - клінічна депресія, при якій людина сильно страждає і це часто супроводжується повною відсутністю інтересу до життя або якихось занять.

Можливо цей термін повернеться так як він може бути корисний у виокремленні певних людських проблем і страждань. Найважливіше, що слід розрізнити при використанні терміну невротик, - це знати, чи відноситься він до рис особистості або до адаптації характеру. Особистісні риси - це давні патерни думок, почуттів і дій, які мають тенденцію до стабілізації в зрілому віці і залишаються відносно незмінними. Існує п'ять загальних ознак, одна з яких називається нейротизмом, і вона зазвичай відповідає за чутливість системи негативного афекту, де людина з високим рівнем нейротизму -це та людина, котра легко засмучується, часто пригнічена або дратівлива, з підвищеним відчуттям тривоги і демонструє високу емоційну реактивність до стресу.

Адаптація характеру - це більш специфічний для конкретної ситуації спосіб пристосування людини до навколишнього середовища. Тут термін невротик відноситься до неадаптивних стратегій подолання, обумовлених страхом і тривогою, які можуть бути свідомими або підсвідомими, викликаними певною ситуацією. Неадаптивна реакція в кінцевому результаті віддаляє людину від її довгострокових цілей і потреб.

Важливість розуміння значення слова невротик з точки зору адаптації характеру полягає в тому, що всі ми в якийсь момент стаємо невротиками, навіть якщо у нас може бути легко виражена риса нейротизму. Вкрай важливо,

щоб всі ми розуміли нашу невротичну тривогу і стратегії, які ми використовуємо, щоб впоратися з цим.

Невротичні звички - це автоматичні або ритуалізовані патерни відкритої поведінки, які люди використовують, щоб полегшити занепокоєння і забезпечити почуття знайомої безпеки. Проблема в тому, що здійснювані протягом тривалого часу звичні патерни є дезадаптивними. Класичний приклад – напружена п'яниця. Весь день пронизаний досягненнями і тривогами. Алкоголь стає короткочасним цілющим бальзамом. На жаль, з часом це призводить до значних наслідків:

- похмілля;
- збільшення ваги;
- проблеми зі здоров'ям і т. д.

Покусування губ, ритуальне впорядкування або прибирання, кусання нігтів або трихотиломанія (висмикування волосся) - все це поширені приклади невротичних дезадаптивних звичок.

Невротичні емоційні патерни бувають двох основних типів: занадто регульований (емоції придушуються і не виражаються) і нерегульовані (гіперчутливість та надмірна вираженість). Однак, ці стани можуть стати гіпервираженими або хронічними. Вони можуть бути викликані при найменших стимулах і потім можуть домінувати в мисленні людини. Люди з депресивними або тривожними розладами, як правило, недостатньо контролюють себе в цих чуттєвих станах і потребують допомоги щоб стримувати їх.

Часто, однак, проблема не в тому, що людина відчуває занадто багато, а в тому, що вона відгороджена від деяких або всіх своїх емоцій. Деякі поширені приклади - це завжди хороша людина, яка ніколи не злиться і навпаки, той хто нападає на інших або тримає дистанцію від усіх. Ці люди зазвичай мають форму афективної фобії, яка є неадаптивною, тому що вона блокує їх від ключових аспектів їх людського досвіду.

Невротичні патерни відносин виникають, коли люди приймають жорсткі стилі поведінки або виражають крайні міжособистісні реакції у відповідь на страх, що їхні потреби не будуть задоволені. Люди, які ховаються у своїх квартирах через соціальну тривогу та люди, які полюють за будь-якими ознаками зради чи коливаються між злиднями і страхом контролю всі залучені в невротичні моделі відносин, оскільки кожен з них намагається керувати своїми потребами, але роблять це таким чином, що в кінцевому результаті викликає інтенсивний конфлікт, або ж людина відштовхує інших, залишаючи такі потреби в основному незадоволеними.

Наш захист - це спосіб, яким ми регулюємо напругу між конфліктуючими цілями і фільтруємо матеріал з нашої повної свідомості. Захисна система намагається привнести гармонію в різні системи адаптації, але іноді робить це з великими витратами. Дві дуже поширені тактики захисту це придушення і раціоналізація. Придушення - це коли матеріал блокується з самосвідомістю. Раціоналізація - це коли ми вигадуємо причини, які приховують наші справжні потреби або почуття.

Когнітивна психотерапія отримала широке поширення, тому що вона допомогла людям усвідомити, що в основі багатьох страждань лежать неадаптивні інтерпретації або переконання про те, яким повинен бути світ. Наприклад, багато людей переконані, що вони непривабливі і в вразливі періоди інтерпретують невдачі як підтвердження таких переконань.

Якщо ви справляєтеся зі своєю тривогою і стресом, це може допомогти приборкати вашу невротичну поведінку. Самолікування може працювати.

Як визначити ранні ознаки симптомів неврозу

1. Ви легко піддаєтесь стресу.

Люди, які з більше схильні до невротизму легко піддаються стресу через найменші дрібниці. Ті хто емоційно стабільний та спокійний здатні активно боротися із стресом. Люди з високою емоційною реактивністю та низькою емоційною стабільністю будуть більш схильні до тривоги. Вони будуть

відчувати себе нездатними впоратися з найменшою річчю і будуть реагувати панікою, занепокоєнням, безпорадністю або навіть гнівом.

2. Ви емоційно реагуєте на все.

Ті, хто схильний до неврозу як правило реагують з великою кількістю емоцій. Це відбувається тому, що вони нестійкі емоційно і будуть реагувати на стресові ситуації з емоціями. Емоційно стабільні люди будуть спокійні, логічні і прагматичні, вони будуть виважено підходити до своїх проблем. Тому, якщо ви помічаєте, що спалахуєте від роздратування, гніву, сліз або печалі, то ви можете розпізнати свої перші симптоми неврозу.

3. Зацикленість.

Ви зацикливаєтесь на проблемах? Ви схильні турбуватися про щось і аналізувати це довгий час? Якщо ви це робите, то можете бути трохи невротиком. Але є деякі люди, які не думають, що це обов'язково погано. Ісаак Ньютон був неврастеніком і мав багато психічних зривів. Але це тому, що він працював над проблемами, які не міг вирішити.

Тривожний невроз - це психологічний розлад, який найчастіше називають генералізованим тривожним розладом. Характеризується надмірною, перебільшеною тривогою або страхом з приводу повсякденних проблем, таких як: гроші, сім'я, робота чи здоров'я. Симптоми бувають інколи настільки інтенсивними, що можуть вести до повного виснаження.

Невротична тривога, як правило, виникає з несвідомого внутрішнього конфлікту, що негативно впливає на здібності людей справлятися зі зміною емоцій.

Фізіологічні симптоми

Фізичні симптоми генералізованої тривоги можуть бути подібні або переживатися як звичайна тривога чи панічна атака. Зокрема, симптоми які відчуються в організмі можуть включати головні болі та болі в тілі, м'язову напругу, погіршення ковтання, тремтіння або сіпання, пітливість, шлунково-кишковий дискомфорт і нудоту, діарею, відчуття запаморочення або неприємний запах з рота, припливи жару та необхідність часто відвідувати

ванну кімнату. Крім того, людина може відчувати труднощі зі сном або безсоння, занепокоєння або втому з невідомих причин.

Надмірна тривога

За генералізованого тривожного розладу тривога є постійним, хронічним і необґрунтованим відчуттям на більш серйозному рівні ніж тривога, яку більшість людей відчують час від часу. Іноді проста затримка заробітньо ї плати може викликати або збільшити почуття тривоги. Це може тривати весь день, заважаючи навчанню, роботі або сім'ї, і змушуючи людину приймати песимістичне ставлення, в якому вона завжди боїться гіршого.

Інші психологічні симптоми

Крім фізичних симптомів і тривоги існують також інші симптоми, які можуть відчувати схильні до неврозу особистості, включають в себе легке відволікання і важкість концентрації. Коли це впливає на їх здатність виконувати робочі обов'язки або дотримуватись поставлених строків це може викликати ще більшу тривогу.

У поєднанні з втомою або почуттям виснаження через відсутність якісного сну може збільшитись тенденція до дратівливості.

На додаток до турботи про повсякденних завданнях та діяльності, люди з ГТР можуть турбуватися про пунктуальність, відповідно і перфекціонізм, що робить їх настільки невпевненими в собі, що їм потрібно переробляти завдання, щоб відповідати їх рівню досконалості.

Американський психолог і заслужений професор Шипенсбургського університету доктор Джордж Боєрі каже, що симптоми неврозу можуть включати в себе:

- гнів;
- агресивність;
- тривогу;
- дратівливість;
- імпульсивність;
- тривожні думки;

- цинізм;
- залежність;
- компульсивні дії;
- когнітивні проблеми;
- звичне фантазування;
- летаргія;
- низьке почуття власної гідності;
- розумова плутанина;
- негативізм;
- одержимість;
- перфекціонізм;
- фобічне уникнення;
- пильність;
- неприємні або тривожні думки;
- сповторення думок.

Найбільш поширеною рисою є тривога, але вона може проявлятися по-різному. Наприклад, при фобіях, obsесивно-компульсивному розладі, істерії, панічних атаках і т.д. Психологічні тести, проведені серед хворих неврозом, виявили такі ознаки захворювання, як нерішучість, невпевненість у своїх силах, хронічна тривожність і стомлюваність. При цьому пацієнти, як правило, не ставлять перед собою цілі на подальше життя, не націлені на успіх, просто не вірять в нього. Також досить часто у них розвиваються комплекси неповноцінності, в основному, стосуються їх зовнішності і вміння спілкуватися.

Суб'єктивно людина відчуває значне зниження працездатності, постійну втому і небажання робити будь-які активні кроки для просування на роботі або в школі. Часто спостерігаються порушення сну, сонливість або навпаки безсоння.

Крім перерахованого вище, до симптомів неврозу відносять неадекватну самооцінку. Парадоксально, що самооцінка може бути або занадто низькою або

занадто високою. В останньому випадку пацієнт відчуває себе набагато краще, ніж оточуючі його люди. Причиною занепокоєння в даному випадку є нібито нездатність інших людей зрозуміти і оцінити пацієнта «по заслугах».

Незалежно від того, чи є у нас високий або низький рівень невротизму, в ході нашого розвитку ми неминуче будемо розвивати принаймні деякі невротичні реакції, щоб впоратися з нашою невпевністю. Наприклад гризти нігті коли відчуваєш стрес, іноді холодно реагувати чи виправдовувати свої невдачі щоб захистити своє почуття гордості. Подумайте, які ситуації змушують вас відчувати себе невпевнено, а потім подивіться на свої звички, почуття, взаємини, захисні реакції, виправдання і подумайте про те, де у вас можуть бути невротичні патерни.

Ось кілька порад для того, щоб самостійно впоратись з небажаними невротичним симптомами та тривожністю:

1. Тренуйтеся кожен день. Тридцять хвилин краще, але навіть 15-хвилинна прогулянка може допомогти вам почувати себе краще.

2. Поговоріть з ким-небудь. Розкажіть родині та друзям, що підживлює ваше занепокоєння, і дайте їм знати, як вони можуть допомогти.

3. Виспіться. Недолік сну може посилити занепокоєння і стрес. Здоровий восьмигодинний сон здатен покращити настрій та загальний тонус організму.

4. Скоротіть споживання алкоголю і кофеїну. Вони також можуть посилювати тривожність. Замість цього пийте воду. Щоденне вживання звичайної води дає організму енергію та покращує загальне самопочуття.

5. Їжте добре збалансовану їжу. Здорові страви і закуски підвищують вашу енергію. Обов'язково їжте сніданок, обід і вечерю.

6. Переформулюйте свої думки. Це не завжди легко, але спробуйте замінити негативні думки позитивними. Запитайте себе: чи дійсно те, про що я турбуюсь, так погано, як я думаю?

7. Запишіть їх. Відстежте, що викликає ваше занепокоєння, а потім шукайте закономірності. Навчіться краще справлятися з цим в наступний раз.

8. Якщо ці заходи не допомагають, або якщо ви відчуваєте, що тривожність заважає вашому нормальному функціонуванню зверніться за кваліфікованою допомогою.

Ось кілька стратегій, які допоможуть вам подолати ваше надмірне обмірковування

1. Трюк з тривогою.

Хитрість в тому, що надмірне обдумування часто відбувається поза Вашою свідомістю. Ви можете занадто багато думати і навіть не усвідомлювати цього. «Велика частина занепокоєння підсвідома», - пише Девід Карбонел, доктор філософії, клінічний психолог і автор книги «Трюк з тривогою: як ваш мозок обманює вас в очікуванні гіршого і що ви можете з цим зробити.»

Це відбувається коли ми многозадачні. Ми турбуємося під час водіння, відвідування лекції, прийняття душі або виконання якоїсь рутинної роботи, яка не вимагає особливої уваги. Ми рідко приділяємо тривозі всю свою увагу.

Але як можна щось зупинити, якщо ти навіть не знаєш, що це відбувається? Перший крок до приборкання надмірного мислення - навчитися його розпізнавати. Переважна більшість непотрібних турбот починаються зі слів: «А що, якщо?» Усвідомлення цих слів у своїх думках може допомогти зловити себе на акті марного занепокоєння. Як тільки ви визначаєте його, ви можете зробити активний, свідомий вибір, щоб не проковтнути наживку і не поринути в роздуми.

2. Прийміть ваше занепокоєння.

Другий крок у цій стратегії - не намагатися зупинити, уникнути або чинити опір надмірному мисленню. Звучить нелогічно? Карбонел пояснює: «спроба зупинити занепокоєння має елементи заборони книг — це просто посилює інтерес до забороненого матеріалу.»

Подумайте про це так: коли ви намагаєтеся боротися зі своїми думками, вимагаючи перестати думати - починається перетягування канату. Це майже ніколи не працює. Швидше за все, ви будете почувати себе розчарованим і

більше турбуватися про те, чому ви не можете контролювати свій неспокійний мозок.

3. Не чиніть опір.

Це може звучати як протилежність прийняття тривоги, але це не так. На відміну від зупинки думок, коли ви накладаете вето на негативні думки, рішення не займатися своїм занепокоєнням не передбачає заборони чого-небудь. Ви не вступаєте в бій, але і не чините опір.

Перебуваючи в теперішньому моменті, неможливо міркувати про минуле або турбуватися про майбутнє. Часто те, що заважає людям спробувати медитацію, - це залякування або нерозуміння.

4. Заміна тривожних думок.

Часто надмірне мислення включає в себе створення найгірших сценаріїв, коли ви уявляєте собі свій особистий кінець світу, створюючи нескінченні творчі можливості про те, як все піде не так. Візуалізація - це те, що робить страх таким реальним.

Насправді, дослідження показали, чому візуалізація така сильна. Дослідження нейровізуалізації показали, що ті ж області мозку активуються, коли люди згадують минуле або уявляють собі майбутнє, згідно з дослідженням 2012 року, опублікованим в Neuron. Це означає, що ваш мозок не може відрізнити реальне спогад від того, які ви собі уявляли. Отже, якщо ви уявляєте щось знову і знову, ваш мозок може записати це як реальний досвід.

Так що переверніть сценарій. Якщо ви думаєте про всі погані речі, які можуть статися, нагадайте собі про всі хороші речі, які теж можуть статися. Іншими словами, замініть найгірший сценарій на кращий.

5. Перенаправте вашу увагу.

Якщо ваш мозок знаходиться на овердрайві, перенаправлення вашої енергії на зосереджену, засновану на тілі діяльність може допомогти вам.

Навмисне відволікання - це коли ви знаєте, що надто багато думаєте, і не можете отримати ясність, тому ви навмисно перенесли свою енергію в інше місце. Крім того, участь у творчій діяльності, такої як образотворче мистецтво,

музика або танець, може зменшити занепокоєння і стрес, згідно з дослідженням 2010 року, опублікованій в American Journal of Public Health.

Висновок до розділу III

Отже, у цьому розділі мова йшла про те, що для попередження невротичного розвитку особистості важливо розуміти причини та розрізнати симптоми неврозу. Думок стосовно причин неврозу існує багато, проте симптоми мають загальні риси. Через невроз людина може відчувати дистрес, напругу та тривогу, страждати від емоційної нестабільності або мати низьку самооцінку.

Комплекс симптомів функціональних соматичних розладів, що виникають у невротиків дуже широкий і може впливати на нормальне функціонування майже усіх систем людського організму. Симптоми неврозу можуть полягати у виникненні психалгії. Психалгія – це почуття болю при відсутності реальної патології. Біль в цьому випадку є психічною реакцією на панічне очікування її з боку пацієнта. Людина переживає саме те чого боїться.

Також важливо виокремити особливі форми неврозів та їх симптоми, а саме:

1. **Істеричний невроз.** Люди, які страждають цією формою захворювання проявляють нервозність і дратівливість навіть в спокійній обстановці.

2. **Іпохондричний невроз.** Це результат страху захворіти будь-яким серйозним захворюванням або потрапити в ситуацію, яка здається безнадійною.

3. **Депресивний невроз.** Це може бути результатом як психогенної, так і невротичної депресії. В останньому випадку симптоми захворювання слабкі і проявляються не у повній мірі.

4. **Неврастенія.** Існує три стадії цього різновиду неврозу. Перша фаза розвитку захворювання характеризується вираженою дратівливістю без будь-

яких соматичних симптомів. Розумова і фізична працездатність зберігається. На другому етапі пацієнт відчуває невелике зниження працездатності, що стає ще одним фактором, що посилює його стан. Заключна стадія захворювання характеризується вираженою слабкістю, млявістю і апатією.

Незважаючи на те, що прогноз невротичних станів має сприятливу тенденцію, для повного лікування потрібно багато часу, зусиль, а іноді і витрат. Тому профілактика розглянутого захворювання має велике значення.

Заходи профілактики неврозу включають в себе знаходження балансу між роботою і відпочинком, наявність якогось хобі, регулярні прогулянки на свіжому повітрі. Крім того, слід знайти можливість для зняття психічного напруження. Ведення щоденника може бути хорошим варіантом. Ці, та інші рекомендації наведені в лекції, розробленої з метою профілактики невротичного розвитку особистості шляхом ознайомлення людей із цим захворюванням, його симптоматикою та методами профілактики.

РОЗДІЛ IV. СПЕЦІАЛЬНА ЧАСТИНА

4.1. Психометричні основи досліджень

Дослідження займають центральне місце в області психології, без яких не може бути зроблено ніяких досягнень і не може бути отримано ніяких результатів або теорій. Оскільки ця область настільки різноманітна і дослідження засновані головним чином на функції і впливі різних факторів на людський розум, що було розроблено декілька методів дослідження, які допоможуть нам звузити дослідження, і допомогти зробити висновок з нього. Дослідження проводиться шляхом вивчення однієї групи, вивчення декількох груп і зіставлення результатів, шляхом проведення експериментів з допомогою опитувань для отримання відповідей. У деяких випадках один метод дослідження повинен використовуватися як додаток до іншого, щоб отримати остаточні результати.

Проведення досліджень відрізняється від неформального збору інформації тим, що дослідники систематично збирають дані, щоб відповісти на чітко визначене питання. Дослідження є систематичним, якщо дані збираються в суворій відповідності з наперед визначеним планом або проектом. Питання добре визначено, якщо воно виходить з однозначного теоретичного твердження.

Методи дослідження, доступні психологам, діляться на три категорії:

- не експериментальні;
- експериментальні;
- квазіекспериментальні.

Вони розрізняються за ступенем присутності трьох видів контролю. Жоден з цих елементів контролю не обмежує учасників дослідження. Замість цього контроль є засобом виключення альтернативного пояснення даних дослідження. Зокрема, допустимий базовий рівень порівняння є елементом

управління. Наприклад, для того щоб психологи могли стверджувати, що нові й старі методи навчання дають різні результати, мінімальною вимогою є ідентична оцінка успішності студентів у співставних умовах після навчання студентів за допомогою цих двох методів. Важливим моментом є те, що встановлення контролю в експерименті не означає формування поведінки випробовуваних.

Якщо психологи не забезпечують будь-якого визнаного контролю в емпіричному дослідженні, вони проводять не експериментальне дослідження. Коли всі теоретично обгрунтовані контроли присутні в емпіричному дослідженні - психологи проводять експеримент. Якщо з різних причин хоча б один контроль не встановлений, психологи проводять квазіексперимент.

Вибір між трьома типами методів дослідження залежить від метатеоретичних передумов і теоретичної основи дослідження. Психологи, що використовують не експериментальні методи повинні визначитися з планом дослідження і обрати необхідний інструментарій.

Для більшості психологів статистика є важливим інструментом дослідження, корисність якої різна в різних типах досліджень. Психометрики використовують кореляцію для встановлення валідності і надійності психометричних тестів. Є два основних питання при витяганні факторів з набору коефіцієнтів кореляції:

- число факторів, що підлягають вилученню;
- характер ротації, необхідної для вилучення факторів може впливати на конструкцію елементів тесту.

Характер випробовуваних виробів, в свою чергу, може визначати тип надійності, що підлягає встановленню.

Методи дослідження в психології є засобами отримання інформації про людську природу від респондентів. Насправді всі методи засновані на інтроспекції, в ході якої індивідів просять якомога точніше описати те, що відбувається в їхній свідомості, коли виникають відчуття або переживання

болю і емоцій. Неможливо сказати, чи зібрані таким чином інтроспективні звіти є точними.

Вирішальне значення для експериментування мають чітко визначені теорії, з яких виводяться дослідницькі питання та експериментальні гіпотези. Цей процес виведення мало чим відрізняється від розвитку формальних доказів в математиці. Однак математики роблять моделювання, коли модель, над якою вони працюють, не допускає ніякого формального виводу. Альтернативно, моделювання може використовуватися коли висновок занадто складний. Така ж ситуація виникає і в психологічних дослідженнях. Психологи звертаються до комп'ютерного моделювання, коли важко або неможливо вивести експериментальні гіпотези.

Інтерв'ю

Інтерв'ю використовується для отримання інформації шляхом спілкування з учасниками. У неструктурованому інтерв'ю з відкритими питаннями не використовується заздалегідь певне питання та респондент визначає глибину і манеру відповідей. На відміну від цього, інтерв'юери задають респонденту набір заздалегідь заданих питань в певному порядку в структурованому інтерв'ю. Крім того, вони отримують конкретні інструкції щодо того, як відповідати на питання. Коли структуроване інтерв'ю проводиться в друкованому вигляді, психологи проводять анкетування. Використовуючи опитувальник, психологи можуть використовувати суміш фіксованих варіантів так-ні, рейтингових шкал, шкал Лайкерта для збору інформації. У проміжках між неструктурованими і структурованими інтерв'ю інтерв'юери можуть використовувати напів структуризований формат, в якому заздалегідь обрані питання змішуються з відкритими питаннями. Незалежно від того, який метод використовується, психологи можуть задавати прямі або непрямі питання. Проективний метод є прикладом запиту інформації шляхом постановки непрямих та відкритих питань.

Психологічні дослідження можна поділити на кількісні дослідження (які проводяться шляхом збору даних і статистичного аналізу) і якісні дослідження

(які проводяться шляхом проведення досліджень в природних умовах, без будь-яких кількісних методів). Такі методи психологічного дослідження відносяться до обох категорій.

Отже, інтерв'ю буває:

1. Структуроване.
2. Не структуроване.
3. Групове.

Анкети

Анкети надаються групі людей, які мають відповісти на питання, котрі були розроблені, щоб зрозуміти їх розумовий процес, відношення, цінності або будь-який інший фактор, який повинен бути вивчений. Наприклад, враховуючи, що це загальний метод дослідження, який використовується зокрема в області соціальної психології, цей метод дозволить дослідникам аналізувати моделі мислення певної групи людей по відношенню до суспільства, до якого вони належать. Опитувальники дають переконливі результати, коли вони спрямовані на певну групу людей (скажімо, всі жінки, чоловіки, всі вищі класи або класифікуються на основі якого-небудь одного такого фактора). Потім ця група стає зразком, що представляє людей, що належать до цих груп. Проте слід також зазначити, що для розуміння різних поглядів на ту чи іншу (соціальну) концепцію важливо виділити випадкову групу людей, які є учасниками випадкової вибірки. Перевага використання анкети полягає в тому, що це дозволяє досліднику узагальнювати результати на більш високому рівні, ніж це робить тематичне дослідження. Він також надає вікно для різних точок зору, які можуть існувати серед загальної групи. Однак саме цей фактор є великим недоліком, оскільки, якщо більшість в конкретному шаблоні не видно, будь-яка інша відповідь може бути відхилена як виняток.

Кореляція

Кореляція - це міра відносини між незалежною змінною і залежною змінною. Наприклад, якщо психологи вивчали зв'язок між стресом і недоліком сну, ми могли б вказати, що стрес є незалежною змінною, тоді як відсутність

сну є змінною, залежною від стресу. Таким чином, ми можемо розробити тезу, яка говорить, що чим вище рівень стресу, тим важче людям отримати якісний сон. Це був би випадок позитивної кореляції, тому що в міру збільшення інтенсивності однієї змінної зростає і інтенсивність іншої. З іншого боку, у разі негативної кореляції значення однієї змінної зменшується по мірі збільшення значення іншої. Таким чином, якщо ми вивчаємо кількість годин, витрачених на відеоігри, то припустили б, що оскільки діти проводять більше часу граючи відеоігри їх оцінки погіршуються. Це приклад негативної кореляції. Проведення досліджень, заснованих на кореляції, допомагає нам зробити висновок про наші припущення. Наприклад, ми знаємо, що стрес може викликати психічний розлад і вплинути на сон, і саме тоді ми вирішуємо провести дослідження та зрозуміти інтенсивність цього ефекту. З іншого боку дослідження, проведене з допомогою кореляції не дозволяє нам конкретно встановити причину виникнення ситуації. Наприклад, коли ми припускаємо, що гра у відеоігри впливає на оцінки дітей, ми не беремо до уваги інші фактори, які можуть сприяти поганим оцінками, такі як сімейне оточення, відсутність інтересу до навчання або нездатність зберігати великі обсяги інформації, що призводить до поганих оцінок. Отже, причина і наслідок відносин не можуть бути встановлені за допомогою цього методу [9, 56-57с.].

Експеримент

Заповнюючи пробіл, який залишає кореляція та проводячи експерименти ми можемо зрозуміти причинно-наслідковий зв'язок між будь-якими двома змінними. Таким чином, щоб зрозуміти, чи дійсно кількість годин, витрачених на відеоігри, викликає погані оцінки, можна провести контрольовані експерименти, в яких дітей змушують грати у відеоігри протягом певної кількості годин кожен день і їх оцінки контролюються протягом декількох днів. Беручи до уваги цю гіпотезу і встановлюючи результати, щоб довести, чи є вона дійсною чи ні, це те, що досягається експериментом. Експерименти зазвичай проводяться серед різних груп випробовуваних або учасників. Ці групи називаються маніпулятивними групами (де учасниками маніпулюють для

вивчення ефектів цієї маніпуляції) і контрольними групами (де учасниками не маніпулюють для того, щоб провести порівняння між контрольною та маніпулятивною групами). Це мабуть кращий метод дослідження, оскільки він допомагає нам встановити результати після проведення експериментів, на відміну від вищезазначених методів. Недолік цього методу полягає в тому, що кожен змінний або фактор не можна контролювати і маніпулювати, впливаючи тим самим на кінцевий результат. Більш того, експеримент може допомогти встановити тільки один причинно-наслідковий зв'язок за раз, тому що кожна змінна контролюється.

Психологічне дослідження також базується на основі часу, необхідного для проведення дослідження. Наприклад, це досить популярні методи дослідження в психології розвитку, зокрема відомі як поперечне дослідження і поздовжнє дослідження. Перше відноситься до дослідження, яке проводиться в один момент часу, коли дані, змінні і всі інші необхідні елементи доступні в той же момент, тоді як поздовжнє дослідження проводиться протягом певного періоду часу, коли дані збираються протягом цього часу, а змінні вивчаються згодом або одночасно.

Різновиди експерименту:

- лабораторний;
- польовий;
- природній.

Спостереження

В цілому спостереження відносно дешеві для виконання і досліднику потрібно мало ресурсів. Тим не менш, вони часто можуть бути дуже трудомісткими. Однак існують різні типи методів спостереження:

1. Контрольоване спостереження;
2. Природне спостереження;
3. Включене спостереження.

Контрольовані спостереження (зазвичай структуровані спостереження) швидше за все будуть проводитися в лабораторії. Дослідник вирішує де буде проходити спостереження, в який час, з якими учасниками, в яких обставинах і використовує стандартизовану процедуру. Учасники випадковим чином розподіляються по кожній групі незалежних змінних.

Замість того, щоб писати докладний опис всього спостережуваного поведінки, часто легше кодувати поведінку відповідно до раніше погодженої шкалою, використовуючи графік поведінки (тобто проводячи структуроване спостереження).

Дослідник систематично класифікує поведінку, яку вони спостерігають в різні категорії. Кодування може включати цифри або букви для опису характеристик або використання шкали для вимірювання інтенсивності поведінки. Категорії в розкладі закодовані таким чином, щоб зібрані дані можна було легко підрахувати і перетворити в статистику [38, 18-19с.].

Природне спостереження - це метод дослідження, який зазвичай використовується психологами та іншими соціологами.

Ця техніка включає в себе спостереження та вивчення спонтанної поведінки учасників в природному середовищі. Дослідник просто записує те, що він бачить, будь-яким доступним йому способом.

У порівнянні з контрольованими спостереженнями це схоже на різницю між вивченням диких тварин у зоопарку та вивченням їх у природному середовищі існування.

Включене спостереження - це варіант вищенаведених (природних спостережень), але тут дослідник приєднується і стає частиною групи, яку вони вивчають, щоб отримати більш глибоке розуміння того чи іншого явища, яке вивчається.

Цей підхід був використаний Леоном Фестингером у знаменитому дослідженні релігійного культу, який вірив, що кінець світу ось-ось настане. Він приєднався до секти і вивчав, як вони реагували, коли пророцтво не збувалося.

Спостереження учасників можуть бути або прихованими, або явними. Таємне - це те, де дослідження проводиться під прикриттям. Справжня особистість і мета дослідника приховуються від досліджуваної групи.

Дослідник приймає певну особистість і роль, зазвичай видаючи себе за справжнього члена групи.

Валідність

Концепція валідності була сформульована Келлі (1927) який заявив, що тест є дійсним, якщо він вимірює те, що він стверджує, щоб виміряти.

Наприклад, тест інтелекту повинен вимірювати інтелект, а не щось інше (наприклад, пам'ять).

Внутрішня валідність відноситься до того, чи є ефекти, що спостерігаються в дослідженні результатом маніпулювання незалежною змінною, а не будь-яким іншим фактором. Іншими словами, між незалежною і залежною змінними існує причинно-наслідковий зв'язок. Внутрішню валідність можна поліпшити, контролюючи сторонні змінні, використовуючи стандартизовані інструкції і усуваючи характеристики попиту на ефекти дослідження.

Зовнішня валідність - це ступінь, в якому результати дослідження можуть бути узагальнені на інші параметри (екологічна валідність), інших людей (популяційна валідність) і в часі (історична валідність).

Зовнішня валідність може бути поліпшена шляхом постановки експериментів в більш природній обстановці і використання випадкової вибірки для відбору учасників.

РОЗДІЛ V. ПСИХОЛОГО-ЕКОНОМІЧНА ДОЦІЛЬНІСТЬ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

5.1. Вплив наукового дослідження на економічний добробут

Доцільність дослідження це аспект наукового проекту, який пов'язаний з тим, чи може він бути здійснений в реальному житті чи ні. Якщо ідея дослідження не буде визнана життєздатною, то це буде неможливо зробити, а отже вона має бути відкинутаю.

Доцільність дослідження багато в чому залежить від ресурсів, наявних для його проведення. Серед різних видів ресурсів, які можуть знадобитися для успішного проведення експерименту чи наукового дослідження, виділяються матеріали, люди і економічні чи фінансові ресурси.

Інновації в науці повинні бути використані там, де вони мають потенціал для підвищення економічного добробуту. Потім вони повинні бути прийняті і поширені серед користувачів.

Доцільність буквально означає здатність функціонувати. У разі наукового дослідження це поняття пов'язане з можливістю його проведення на практиці чи ні.

У всіх галузях науки теоретичні розробки та міркування про різні галузі знання повинні підкріплюватися дослідженнями, проведеними відповідно до наукового методу. Однак іноді дуже складно або прямо неможливо провести ці експерименти.

Саме тут вступає в дію концепція доцільності. В цих конкретних областях наукового знання дослідники повинні думати про те, як провести життєздатний експеримент, але такий, який дозволить відповісти на найважливіші питання, поставлені теоретичним розвитком науки.

У зв'язку з цим доцільність повинна враховувати такі фактори, як актуальність дослідження по відношенню до досліджуваного предмету, ефективність його проведення і ймовірність успіху експерименту.

В рамках доцільності дослідження ми можемо знайти різні типи. Найбільш важливими з них є наступні:

Технічні можливості

Це пов'язано з наявністю ресурсів, необхідних для проведення експерименту або дослідження.

Наприклад, у випадку з нейропсихологією до самого останнього часу не існувало необхідних приладів для вимірювання в реальному часі функціонування людського мозку .

Економічна доцільність

Іноді, незважаючи на технічні засоби, необхідні для проведення дослідження, вони дуже дорогі і не можуть бути реалізовані.

Одним із прикладів є великий адронний колайдер в Швейцарії: економічні зусилля, необхідні для його створення, унеможливають розробку другого ідентичного пристрою.

Тимчасові можливості

Деякі види досліджень повинні проводитися протягом багатьох років, іноді навіть десятиліть. Ці дослідження можуть бути дуже складними для проведення через цей фактор, і тому в багатьох випадках вважається, що вони не є життєздатними.

Етична обґрунтованість

Нарешті, навіть якщо є всі необхідні ресурси для проведення розслідування, іноді методи, які слід використовувати для його розробки йдуть врозріз з етикою або мораллю. Загалом, ці експерименти в кінцевому підсумку відкидаються.

У той час, коли велися суперечки про те, який вплив на людину чинить наша біологія або суспільство, в якому ми живемо, було запропоновано велику

кількість експериментів, щоб спробувати знайти відповідь раз і назавжди. Однак більшість з них так і не вдалося здійснити.

Один з найрадикальніших методів полягав у тому, щоб взяти велику кількість новонароджених дітей і ізолювати їх у замкнутому середовищі, в якому вони не могли мати ніякого контакту з дорослою людиною. Ідея полягала в тому, щоб надати їм всі ресурси, необхідні для нормального розвитку, але зробити це без будь-якого соціального впливу.

Таким чином, ми могли б точно спостерігати, якими були б ми, люди, якби не були піддані впливу суспільства, в якому ми живемо. Але очевидно, експеримент порушував закони моралі та етики, тому він ніколи не міг бути здійснений.

Останній приклад – це експеримент, який можна було провести в минулому, але через його результати дуже ймовірно, що ми ніколи не зможемо повторити його знову.

Це відомий експеримент Філіпа Зімбардо. В ньому дослідник хотів вивчити вплив соціальних ролей на людей.

Для цього він розділив групу добровольців на дві групи: ув'язнених і тюремних наглядачів. Ідея полягала в тому, щоб побачити, до якої міри володіння владою розбещує.

Експеримент довелося припинити, коли друга група вийшла з під контролю і почала застосовувати фізичне насильство до добровольців, які служили в якості ув'язнених.

Цей експеримент більше не може проводитися в нинішню епоху, тому що, знову ж таки, він порушує правила етики і моралі.

Хоча невротичні працівники можуть мати хороші наміри, вони часто створюють стрес там, де його немає. Згідно з дослідженням 2013 року, опублікованим у журналі «Академія менеджменту» невроз на робочому місці виникає через страх розчарувати колег і не виправдати очікувань.

Невротична особистість занадто тривожна, легко піддається стресу, похмура і напружена. Легко зрозуміти, чому здобувачі з невротизмом не завжди вважаються безпечними найманими працівниками.

Об'єднаймо наслідки невротизму для здоров'я з імовірністю того, що працівник буде робити помилки в стані стресу або зламається під тиском крайніх термінів і очевидно, що невротизм не може бути ефективним на робочому місці.

Невротики дуже чутливі до зовнішніх подразників. Вони дуже погано реагують на стресори в своєму житті. Всі турбуються про роботу, але невротик буде витратити багато енергії, програючи розмови і потіючи над електронною поштою. Це може виснажити його розумові ресурси.

В результаті невротикам важко зосередитися на поточному завданні. Коли продуктивність страждає, як це відбувається в цих умовах, невротик стає ще більш тривожним. Це приклад невротичної поведінки, яка є дезадаптивною. Вона штовхає працівника далі від того місця, де він повинен бути. Напрошується питання, чи будь-яка організація захоче взяти на роботу невротика?

Невротичні люди часто песимістичні і негативні на робочому місці, тому що вони зосереджені на можливості того, що щось піде не так. Спроби переконати колегу, що все не так погано, як вона думає, чи вказувати на альтернативні точки зору - це даремні намагання. Її не можна змінити, тому що невротичні люди зазвичай несприйнятливі до впливу інших.

Хоча екстремальні рівні невротизму можуть бути нездоровими, недавні дослідження показали, як здоровий невротизм може бути активом на робочому місці. Ключем до здорового невротизму є ще одна з п'яти головних рис характеру - сумлінність. Хоча ця риса властива далеко не всім.

Ведення здорового способу життя є найбільш важливим фактором у запобіганні вигоряння на роботі. Для більшості невротиків це проблема. Однак є здорові невротики, що зосереджують своє занепокоєння і стрес на здорових звичках, таких як відвідування тренажерного залу, правильне харчування та

інші методи управління стресом. Ця здатність фокусувати свій стрес на здорових діях дозволяє невротикам бути більш зайнятими в офісі і допомагає їм уникнути лікарняних днів.

Для більшості невротиків наближення крайніх термінів, гарячі проекти і постійно мінливі вимоги клієнтів викликають і без того високий рівень стресу. Інші невротики можуть бути досить свідомими щоб сфокусувати цей стрес. З невротичні люди якимось чином знаходять спосіб направити цю тривогу, щоб мотивувати їх робити хорошу роботу. Вони приймають свідоме рішення не бути паралізованими своєю тривогою і замість цього вживають заходів, щоб уникнути продовження їх почуття стресу.

Однак, дослідження показують, що помірні рівні нейротизму насправді корисні для робочого місця. У порівнянні з людьми, які набирають нижчі бали в континуумі невротизму, невротики:

- краще виявляють загрози на робочому місці;
- у них менше шансів піти на дурний ризик;
- більш схильні брати на себе особисту відповідальність;
- з більшою ймовірністю перевершать очікування керівників і колег.

Іншими словами, різниця між здоровим і нездоровим невротом на робочому місці зводиться до дії. Здорові невротики сумлінно ставляться до того, як вони реагують на стресори в своєму особистому і професійному житті, і звертають свою тривогу до продуктивних дій, які приносять користь організації. Вони відокремлюють себе від стереотипного офісного невротика і вносять свій внесок у досягнення загальних цілей компанії, яким би не був рівень їх стресу.

Невротизм - єдина риса в континуумі великої п'ятірки, яка пов'язана з негативними поведінковими рисами, такими як тривожність і чутливість. З невротиками може бути складніше працювати і керувати ними через ці риси характеру. Проте, люди схильні недооцінювати потенційний внесок своїх невротичних колег, але їх вражає досвід роботи з ними.

Замість того, щоб турбуватися про свій невротизм, потрібно знайти способи направити його на створення творчих зв'язків між досвідом роботи та впливом, який індивід може зробити в організації.

Але для досягнення таких цілей людина повинна бути проінформованою про свій стан та вміти справлятися із стресом, тривогою та різноманітними негативними ефектами та подіями, що можуть статися на роботі. Отож, профілактика невротичного розвитку особистості на даному етапі розвитку сучасного суспільства є дуже актуальною та економічно доцільною, адже це може підвищити працездатність людей та допомогти керівникам в розумінні своїх підлеглих, що також впливає на працездатність та сприятливий психологічний клімат серед працівників.

З психологічної сторони профілактику можна використовувати також як і в колективі серед працівників, так і з клієнтами або підопічними. Розвиток неврозу може початись у будь-якому віці, тому вживати профілактичних заходів та ознайомлювати людей з поняттям неврозу та його основних характеристик можуть шкільні психологи, соціальні працівники, психологи на виробництві та навіть в університеті.

РОЗДІЛ VI. ОХОРОНА ПРАЦІ ТА БЕЗПЕКА В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

6.1. Охорона праці у психоневрологічних та психіатричних лікарнях

Правила в цих закладах передбачають спеціальні заходи, спрямовані на охорону праці персоналу, що обслуговує психічно хворих.

Усі працівники лікарні повинні обов'язково вивчити і виконувати інструкцію з техніки безпеки при роботі у психоневрологічних та психіатричних лікарнях (відділеннях). При прийнятті на роботу і під час роботи працівникам лікарні проводиться інструктаж згідно з цією інструкцією.

Термін дії інструкції - три роки, після чого вона переглядається і затверджується. Інструкція підлягає перегляду раніше вказаного терміну у випадках травматизації, внаслідок її недосконалості, при зміні лікувального процесу, реконструкції відділення, а також з погляду особи, яка розробила інструкцію, на вимогу інженера з охорони праці.

Контроль за виконанням цієї інструкції і виробничої санітарії покладається на завідувача відділення.

Робота медичного персоналу, окрім вказаної інструкції, регламентується посадовими інструкціями і функціональними обов'язками кожного працівника.

Дотримання правил техніки безпеки і поінформованість щодо особливостей роботи у психіатричних закладах гарантує законність, правове партнерство, доступність, гуманність психіатричної допомоги, дотримання прав людини, добровільність, мінімальність заходів лікування і соціально-правових обмежень, відповідність сучасному рівню наукових знань з метою поліпшити надання психіатричної допомоги пацієнтам, створити безпечні умови для хворих і медичного персоналу, попередити їх травматизацію.

Згідно з чинними правилами та нормами лікарня має бути огорожена по всьому периметру; доступ на територію лікарні має знаходитися під контролем

(стороннім особам - заборонений); має бути освітлення в нічний час; під'їзні дороги і шляхи потрібно покривати асфальтом, а не кам'яним вимощенням; мають бути естетичне озеленення, садові ділянки. При цьому особлива увага приділяється тому, щоб на території не було каміння, битого скла, палиць, дощок, які хворі можуть використати для спроби самогубства, самоушкодження, нанесення тілесних ушкоджень іншим хворим та медперсоналу. Тому перш ніж виводити хворих на прогулянку, медичний персонал незалежно від профілю відділення повинен добре обстежити всю територію, де будуть перебувати хворі.

Приміщення приймального відділення організовується за принципом сані-тарного пропускника і складається з таких приміщень:

- приміщення для очікування прийому;
- кімната для роздягання хворого;
- ванна кімната;
- кімната для одягання хворого;
- кімната для відпочинку і харчування чергового персоналу;
- гардеробна для персоналу або вбудовані шафи;
- туалети для хворих при кімнаті очікування та при кімнаті для одягання хворих;
- туалет для персоналу.

Вхід до приймального відділення і вихід з нього завжди мають бути зачинені на вагонний і контрольний замки. Вікна і двері приймального відділення та меблі облаштовують таким же чином, як у відділеннях для неспокійних хворих. Прийом хворих здійснюється черговим медперсоналом з обов'язковою присутністю лікаря, медичної сестри (фельдшера) та санітара. Під час прийому у хворого за розпорядженням лікаря насамперед забирають усі предмети, небезпечні для життя та здоров'я персоналу і хворого. При госпіталізації у психіатричний стаціонар хворий чи його законні представники дають письмову згоду на перебування у відділенні, застосування тих чи інших методів лікування. У разі відмови хворого від госпіталізації він підлягає

випишуванню. Згідно з чинним законодапленням, через суд може оформлятися примусова госпіталізація.

Територія лікарняного двору повинна відповідати певним вимогам. Вона має бути відгородженою по всьому кордону й доступ на територію стороннім особам має бути обмеженим і бути під контролем. Освітлення в нічний час. Під'їзні дороги і шляхи покриті асфальтом, без камінних вимощених покрить. Естетичне озеленення, садові ділянки.

6.2. Погане освітлення на робочому місці як причина виникнення неврозу

Виконання зорової роботи за несприятливих умов освітлення призводить до зниження зорової працездатності. Зорова втома прискорює розвиток загальної втоми в організмі працівника і значною мірою відображається на якісних і кількісних виробничих показниках.

Найважливішими факторами, що зумовлюють зниження зорової працездатності, є: недостатні рівні освітленості, нерівномірність розподілу яскравості на робочому місці та в приміщенні загалом, наявність у полі зору сліпучої яскравості.

Раціональне освітлення - фактор, що значною мірою зумовлює безпеку праці та створює у працівників певний психологічний тонус, попереджує зорову і загальну втому, сприяє високопродуктивній праці. Тому рухомі частини обладнання, передавальні паси, місця руху транспорту тощо повинні мати достатній рівень освітленості. Низький рівень освітленості, засліплююча дія джерел світла, пульсація світлового потоку, відбиті полиски від полірованих блискучих предметів, нерівномірне освітлення робочої зони можуть порушити правильне сприйняття навколишніх предметів і призвести до травматизму.

Однак, слід відзначити, що збільшення рівня освітленості має свою оптимальну межу, поза якою вона починає чинити засліплювальну дію і

несприятливо впливати на зорове сприйняття. Властивість поверхонь, що світяться і мають високу яскравість, порушувати зорове сприйняття називають блискучістю, а психофізіологічні зміни, що відбуваються при цьому, і суб'єктивні відчуття - засліпленням. Блискучість може викликати несприятливі зміни не тільки у зоровому аналізаторі, а й у центральній нервовій системі (гальмування, зниження лабільності, працездатності, активності тощо). При її впливі на орган зору працівника насамперед порушується контрастна чутливість ока. Що менший контраст об'єкта розпізнавання з фоном і його кутові розміри, то сильніше виражена несприятлива дія засліплення.

Освітлення має велике значення для виробничої естетики. Світло впливає на активність працівника, його емоційний стан, настрій, налаштування на роботу. Раціональне освітлення сприяє сприйняттю кольору, що, у свою чергу, суттєво впливає на психофізіологічний стан людини (обмін речовин, роботу внутрішніх органів, теплопродукцію тощо). Так, кольори теплих тонів (червоний, коричневий, жовтогарячий, жовтий) сприяють збільшенню синтезу глікогену, виробленню теплоти. Жовто-зелений колір заспокоює нервову систему, блакитний і синій чинять гальмівну дію, а червоно-жовтогарячий збуджує і є сигналом небезпеки.

Установлено, що дія кольору може посилювати відчуття маси: ящики, пофарбовані у жовтий колір, здаються легшими, ніж ящики, пофарбовані у темно-синій або чорний колір. Різкий шум сприймається глухіше у приміщеннях, пофарбованих в оливково-зелений, сіро-зелений, темно-коричневий кольори. Поверхні, пофарбовані у холодні кольори, мають вигляд віддаленіших порівняно з поверхнями, пофарбованими у теплі кольори.

Нераціональне освітлення може несприятливо впливати на здоров'я працівників, спричинюючи такі захворювання, як короткозорість, кон'юнктивіт, блефарит, ністагм, астеновегетативні порушення, неврози тощо.

Тривале виконання точних зорових робіт на близькій відстані при недостатніх рівнях освітленості та значному напруженні м'язів кришталика може призвести у працівників деяких професій (годинників, складальників

електронної апаратури тощо) до розвитку так званої несправжньої короткозорості.

Несприятливі умови зорової роботи можуть призводити також до раннього (до 40-річного віку) розвитку старечої далекозорості, коли кришталік втрачає свою еластичність.

6.3. Генез неврозу в надзвичайних життєвих ситуаціях

За умов надзвичайної ситуації збільшується частота реалізації небезпеки (ризик) – небажані для особистості наслідки; створюється альтернатива – вижити чи загинути, виникає біологічна необхідність граничної (найбільшої) мобілізації ресурсів організму. При цьому мобілізуються переважно енергетичні ресурси, а інформаційні (пов'язані з діяльністю нервових клітин) ресурси можуть зменшуватися. Ресурси витрачаються бурхливо, надлишково (неекономно, з меншою доцільністю), що має назву психоемоційна «буря» і енергетична „пожежа” в організмі. Вона охоплює не весь організм, а тільки відповідні ділянки центральної нервової тканини та обмежену кількість органів і систем, які якраз здатні забезпечити самозберігаючу поведінку при взаємодії з оточуючим середовищем. В стресовому стані в організмі посилюється робота серця та частота серцевих скорочень, підвищується артеріальний тиск, посилюються легенева вентиляція і газообмін, інтенсифікуються енергетичні процеси в клітинах – вивільнення хімічної енергії складних сполук і її використання для роботи (переважно м'язової). Гранично зростає м'язова працездатність, зникає стомлення, сильно збуджується кора великих півкуль, що забезпечує покращення умовно-рефлекторної діяльності спрямованої на пошук благополучного виходу із надзвичайної ситуації. В такому стані фізіологічного афекту (посилена короткочасна психоемоційна реакція у відповідь на подразнення, коли людина усвідомлює свої вчинки) людина здатна до дивовижних вчинків: підняти непомірний тягар, стрибнути на велику висоту,

без втоми подолати велику відстань та інше – що в звичайному стані нездійсненно.

Проте в надзвичайній ситуації таких сильних духом осіб виявляється відносно небагато. Переважно це люди, що виконують службовий обов'язок, мають досвід поведінки в подібних ситуаціях (загартовані, психічно стійкі до стресу), мають тренованість організму до граничних фізичних і нервово-емоційних перевантажень, тобто до стресових ситуацій. Для нетренованого організму властивий стан максимальної мобілізації ресурсів при недостатніх її резервних можливостях – стан детренованості. Тоді виникає хибне коло – детренованість посилює розвиток стану напруження і водночас організм не здатний витримати такий стан напруження. Встановлено, що різні фактори (стресори) здатні викликати в організмі специфічні по кожному із факторів реакції напруження, наприклад, холод спричиняє звуження судин шкіри і тим організм захищає себе від подальшої втрати тепла, тепло, навпаки розширює ці судини, підвищує потовиділення і випаровування води зумовлюючи тим самим охолодження організму. Однак ці ж фактори (холод, тепло) викликають в організмі і стереотипну (набір дій розміщених у відповідній упорядкованості в просторі та часі з незмінним повтором в сталому порядку), загальну, неспецифічну реакцію, що не має відношення до характеру конкретного фактора. Неспецифічна реакція немов би послуговує відповіддю на вимогу, пред'явлену даним фактором до здатності організму пристосуватися у виниклих зовнішніх умовах. Якраз цей, неспецифічний сигнал до включення пристосувальних (в тому числі і психічних) можливостей організму і є, власне кажучи, сутністю стресу.

Ухилення від безпосередньої реакції на підвищене навантаження може виявитися підходящим захистом (в окремий момент чи період) від коротко часового стресового стану. Проте часте і тривале ухилення здатне призвести до погіршення фізіологічної адаптації – виникає стан поганої адаптації – стан детренованості. Погана реакція адаптації на стрес зумовлює підвищення сприйнятливості до захворювань, зокрема психічних. Такі індивіди погано

долають стреси. Вони відрізняються глибокими переживаннями, які характеризуються спочатку загальним збудженням у вигляді безперервних рухів, немотивованих вчинків, мова стає безладною. Схвильовані, вони постійно подумки вертаються до стресової ситуації, копаються в ній. Пізніше у них може виникнути хворобливий стан ступору – знерухомленості, ослаблення реакцій на стресор.

В нервово-психічній регуляції організму, вегетативна буря властива другому ступеню напруження, переходить в регуляторний хаос, елементи якого з'являються при третьому ступеню напруження. Різко порушуються функції внутрішніх органів, з можливим формуванням в них хворобливих змін, переважно в тих органах чи системах, що мають успадковану життєву слабкість – місця найменшої стійкості організму (по аналогії – де тонко там і рветься). Психологічно в невротичному стані виникає вкрай понижене самопочуття, усвідомлення власної непотрібності, безпорадності, безперспективності подальшого існування. В такої людини порушується рівновага збудження і гальмування в нейронах кори великих півкуль, порушується адекватність реакцій організму і поведінка – значно знижується або повністю втрачається працездатність. Щоб розпізнати невротичний стан людини, оцінити її працездатність та визначити заходи допомоги, важливо знати основні характерні риси неврозів: зміни в організмі відносять до категорії функціональних, оскільки будь-які порушення будови клітин і тканин відомими засобами не виявляються; - зберігається критичне відношення до свого хворобливого стану і людина намагається його подолати; - порушення психіки виражені нерізно (легкі зміни психіки); - мають чіткі початок і кінець; - психічні порушення зворотні (зазвичай повне вертання до норми) незалежно від їх тривалості і зникають при усуненні дії психотравми.

РОЗДІЛ VII. ЕКОЛОГІЯ

7.1. Негативний вплив електромагнітних полів на людину

У 1995 році Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) офіційно запровадила термін “глобальне електромагнітне забруднення довкілля”. ВООЗ включила проблему електромагнітного забруднення навколишнього середовища в перелік пріоритетних проблем людства. Слід звернути увагу, що рівень цього забруднення кожні десять років зростає в 10–15 разів.

Вчений М.Фарадей відкрив явище електромагнітної індукції, що в подальшому призвело до створення електротехніки та відкриття електромагнітних хвиль, існування яких передбачив Д. Максвелл, а використання їх А.С. Поповим для радіозв'язку призвело до створення радіотехніки і радіоелектроніки. Такі важливі відкриття фізики як допомагають людині, так і шкодять її здоров'ю.

Електромагнітні поля негативно впливають на організм людини, яка працює з джерелом випромінювання, а також на населення, яке проживає поблизу джерел випромінювання та широко використовує в побуті електротехніку.

У більшості випадків такі зміни в діяльності нервової та серцево-судинної системи мають зворотній характер, але в результаті тривалої дії вони накопичуються, підсилюються з плином часу, але, як правило, зменшуються та зникають при виключенні впливу та поліпшенні умов праці. Тривалий та інтенсивний вплив ЕМП призводить до стійких порушень в організмі людини та захворювань.

Результатом дії на організм людини електромагнітних випромінювань в діапазоні 30 кГц - 300 МГц є: загальна слабкість, підвищена втома, порушення сну, головний біль та біль в ділянці серця. З'являється роздратованість, втрачається увага, сповільнюються рухово-мовні реакції. Якщо людина часто

перебуває у таких негативних станах то це неминуче впливає на психіку та може слугувати розвитком неврозів. Тут можна говорити про соматопсихіку – це коли фізичні негативні стани та ефекти переносяться на стан спихіки особистості.

7.2. Шумове забруднення та вплив на психіку людини

Шум - одна з форм фізичного (хвильового) забруднення навколишнього середовища. Він виникає внаслідок коливальних змін тиску повітря. Загалом це хаотичне нагромадження звуків різної частоти, потужності (амплітуди) і тривалості, які виходять за межі звукового комфорту. Відрізняють шум постійний, непостійний, періодичний, переривчастий, імпульсний. Шуми шкідливо впливають на здоров'я людей, знижують їх працездатність, викликають захворювання органів слуху (глухоту), ендокринної, нервової, серцево-судинної системи (гіпертонія). Адаптація організму до шуму практично неможлива, тому регулювання й обмеження шумового забруднення оточення - важливий і обов'язковий захід.

Одиницею вимірювання шуму фізична одиниця децибел (дБ) - відношення діючого значення звукового тиску до мінімального значення, котре сприймається вухом людини.

Постійний вплив шуму не тільки знижує слух, але і викликає інші шкідливі наслідки – дзенькіт у вухах, запаморочення, головний біль, підвищення втоми. У людей, що працюють у шумних умовах, підвищений рівень нервово-психічних захворювань.

Статистика свідчить, що люди, які працюють на природі рідше ніж мешканці міст хворіють нервовими і серцево-судинними хворобами. Встановлено, що шелест листя, спів птахів, дзюрчання струмка, звуки дощу оздоровче впливають на нервову систему.

На пристосування до сильного шуму організм людини витрачає велику кількість енергії, перенапружується нервова система, виникають втома, нервові й психічні розлади. Шум шкідливий не тільки для людини, а й для рослин і тварин.

За рівня шумового фону 70 дБ виникають розлади ендокринної системи людини, значно збільшується кількість неврозів та психозів. При тривалій дії шуму в 90 дБ може порушитися слух, а тривала дія шуму 120 дБ викликає фізичний біль і стає нестерпною. Виникають також розлади центральної нервової системи, серцево-судинні захворювання, гіпертонія, психічна пригніченість тощо.

Також результати досліджень свідчать про те, що природні фонові звуки - дощ, шелест листя, шум морського прибою - допомагають заспокоїти нервову систему і знижують рівень стресу в організмі.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Отже, у ході виконання даної роботи ми проаналізували механізми розвитку неврозів, їх патоморфоз та етіологію, а також різні погляди на проблему.

Поняття «невроз» було введено шотландцем Келеном (Cullen) в кінці XVIII століття (1776). Неврозами він назвав захворювання, що не мають певного патологічного анатомічного еквіваленту. У цьому сенсі поняття «невроз» залишається правильним і досі. Потім з групи неврозів почали і продовжують поступово відходити деякі форми, патологічна анатомія яких встановлена.

Немає єдиного визначення неврозу. Невроз донедавна був діагностованим психологічним розладом, який впливає на якість життя, не порушуючи сприйняття людиною реальності. Деякі психологи і психіатри використовують термін невроз для позначення тривожних симптомів і поведінки. Інші лікарі використовують цей термін для опису спектру психічних захворювань за межами психотичних розладів. Психоаналітики, такі як Зігмунд Фрейд і Карл Юнг, описували сам розумовий процес, використовуючи термін невроз.

У 1980 році в третьому виданні діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів Американської психіатричної асоціації (DSM-III) був виключений термін «невроз».

Неврози характеризуються тривогою, депресією або іншими почуттями нещастя або страждання, які не відповідають обставинам життя людини. Вони можуть порушити функціонування людини практично в будь-якій сфері її життя, відносин або зовнішніх зв'язків, але вони не настільки серйозні, щоб вивести людину з ладу.

Центральним динамічним фактором неврозу є придушення і інші важливі захисні механізми, такі як проекція, регресія, за допомогою яких його намагається утримати всі неприйнятні імпульси поза своєю областю.

Лінія, яка відокремлює невротика від нормального - це інтенсивність. Невротичні думки та поведінка за визначенням настільки екстремальні, що

вони заважають вашому особистому, професійному та романтичному життю. Більш того, вони, як правило, ваша відповідь за замовчуванням навіть незначні проблеми.

Провокуючі причини

Люди, які в кінці життя стають психоневротиками, часто напружені, боязкі і тривожні, оскільки діти і невдачі служать прискорюючими причинами неврозів. У людини, схильної до неврозів, певні фактори навколишнього середовища в період статевого дозрівання, такі як заручини, шлюб і народження дитини, смерть в сім'ї або успіх або невдача в якійсь стадії служать провокуючими причинами неврозів. Таким чином, в основі неврозів завжди лежить якась фрустрація. В результаті цього розчарування, невдачі або попередній конфлікт досягає кульмінації і виникають неврози.

Наступним етапом було проведення психологічного дослідження, котре було проведено на базі КНП «ТОКПЛ.» ТОР. Загальна вибірка включала в себе 40 осіб. Із них: 29 осіб – жіночої статі, 11 осіб – чоловічої статі.

Найбільші числові характеристики показав симпот тривожності за методикою клінічного опитувальника виявлення та оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич) – 29 осіб (див. таб. 2.2.).

За опитувальником В.В. Бойко для визначення рівня емоційного вигорання у 11 досліджуваних склалась одна із трьох фаз вигорання, а саме: фаза напруження – 5 осіб, фаза резистенції - осіб, фаза виснаження – 3 осіб (див. таб. 2.3.).

Такі результати можна пов'язати з високим кількісним показником симптому тривоги у респондентів із попереднього опитувальника. Інтенсивне відчуття тривоги може непомітно виснажувати людину фізично та психологічно.

Згідно третього та останнього опитувальника на рівень життєстійкості у 22 респондентів було виявлено середній рівень життєстійкості, що є найбільшим з вибірки (див. таб. 2.4.).

Оскільки найбільший показник отримав симптом тривожності серед загальної вибірки, то доцільно було більш детально розглянути саме тривожний розлад у третьому розділі.

Основною метою цього розділу та дослідження в цілому була профілактична робота як засіб попередження невротичного розвитку особистості. Методом такої профілактики було обрано лекцію, за допомогою якої проводиться ознайомлення людей з поняттям неврозу, його симптоматикою та прийомами попередження такого розвитку.

Зазвичай невротичні розлади буває важко розпізнати через те, що невротичні симптоми мають прихований характер та не несуть соціальної загрози. Люди, котрі страждають від таких розладів не можуть вчасно отримати необхідну психологічну допомогу. Тому довгий час неврози розглядались як незначні порушення, як перехідні стани, які зникають із набуттям життєвого досвіду.

Тому дуже важливою є проінформованість людей з даної проблеми задля профілактики та попередження розвитку неврозів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адлер А. Понять природу человека. / Адлер А. - СПб.: Гуманитар. агентство Академический проект, 1997. – 254с.
2. Авдеев Д.А. Нервность: ее духовные причины и проявления [Электронный ресурс]. – М.: Омега, 2003. – Режим доступа: http://ftp.logos.md/Soft/632_ORTHO-books_RUS/avdeev1.pdf.
3. Айрапетянц М.Г. Неврозы в эксперименте и в клинике / Айрапетянц М.Г., Вейн А.М. - М., 1982. - 272 с.
4. Анікеєва Н.П. Психологічний клімат у колективі. / Анікеєва Н.П. – М.:Освіта, 1989. – 224с.
5. Анастаси А. Психологическое тестирование: В 2-х томах. – М.: Педагогика, 1982. – Т.1. - 340 с., Т.2. – 345с.
6. Бамдас Б.С. Неврозы / Бамдас Б.С. – М.:Медгиз, 1963. – 153с.
7. Бойко В.В.. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / Бойко В.В.. - М.: Филинь, 1996. – 218с.
8. Бойко В.В. Синдром эмоционального выгорания в профессиональном общении / Бойко В.В. – СПб.: Питер, 1999. – 105с.
9. Борис В. Методология и методы психологического исследования / Борис В., Нина В., Андрей Г. – М.: Академический Проект, 2010 – 384с.
10. Берестов А. Скрытые причины неврозов / Берестов А. - М.: Прогресс, 2010. - 146с.
11. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика / Бурлачук Л.Ф. - СПб.: Питер, 2002. - 349с.
12. Бухановський О.О. Загальна психопатологія / Бухановський О.О., Кутявин Ю.О., Литвак М.Е. - К., 2003. – 286с.
13. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика личности / Бурлачук Л.Ф. - К.: Здоровье, 1980. - 165с.
14. Грехнев В.С. Культура психологического общения / Грехнев В.С. - М.: Просвещение, 1990. - 144с.

15. WHO mortality database documentation: 1 May 2013 update [Electronic resource]. Geneva: WHO, 2013. Access mode : http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/. – Title from screen
16. Законодавство України. Про затвердження Змін до наказу Міністерства соціальної політики України від 18 травня 2015 року № 526 [Електронний ресурс]. – Україна: ЗУ, 2015. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1215-16>.
17. Карвасарский Б.Д. Неврозы / Карвасарский Б.Д. - М., 1990, 576 с.
18. Корольчук М.С. Психодіагностика / Корольчук М.С. – К.:Либідь, 2005. - 372с.
19. Кондратенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия. – М., 1997. – 464с.
20. Conyne, R.K. Preventive counseling: Helping people to become empowered in systems and settings, NY.: Brunner-Routledge, 2004. 118р.
21. Корнєв М.Н. Соціальна психологія: Підручник / Корнєв М.Н., Коваленко А.Б. - К.: Либідь, 1995. - 304с.
22. Кискер К.П. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия / Кискер К.П. - М.: Алетейа, 1999. – 232с.
23. Kessler R., Ustun T. B.. The WHO World Mental Health Surveys [Electronic resource]. New York : Cambridge University Press, 2008. Access mode : <http://link.springer.com/article/10.1007/s10654-010-9441-9>. Title from screen.
24. КНП ЛОР Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня. Тема Всесвітнього дня психічного здоров'я 2018: Молоді люди та психічне здоров'я в мінливому світі [Електронний ресурс]. - Україна : КНП ЛОР, 2018. – Режим доступу: <http://kulparkiv.org.ua/index.php/novyny/82-tema-vsesvitnoho-dnia-psykhichnoho-zdorovia-2018-molodi-liudy-ta-psykhichne-zdorovia-v-minlyvomu-sviti>.
25. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. 2-е изд. / Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. - М.: Медицина, 1984. - 272с.

26. Lehtinen V., Sohlman B. Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey, V. Kovess-Masfety Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health, 2005. – 156p.
27. Лебединский М.С. Очерки психотерапии. 2-е изд. / Лебединский М.С. - М.: Медицина, 1971. - 412с.
28. Леонтьев Д. Рассказова Е.. Тест жизнестойкости / Леонтьев Д. Рассказова Е. . - М.: Смысл, 2006. – 128с.
29. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Ломов Б.Ф. - М.: Наука, 1984. – 230с.
30. Мартынов Ю. Нервные болезни. Учебная литература для студентов медицинских институтов / Мартынов Ю. - М. Медицина, 1988. – 177с.
31. Максименко С.Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим / Максименко С.Д., Шевченко Н.Ф. – Ніжин:Міланік, 2007. – 115 с.
32. Maddi S.R. The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. Consulting psychology journal, NY.: Amacom, 2002. 144p.
33. Maddi S.R., Harvey R.H, Fazel D.M. Hardiness training facilitates performance in college. Journal of Positive Psychology, M & Resurreccion.: N, 2009. 178p.
34. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. / Менделевич В.Д. - М.:МБД пресс, 2009. – 430с.
35. Менделевич В.Д. Как предупредить невроз / Менделевич В.Д. - Казань, 1988. – 218с.
36. Мясищев В.Н.. Личность и неврозы / Мясищев В.Н.. - Медицина.: Книга на заказ, 2013. – 426с.
37. Немов Р.С. Психология. В 3 кн. / Немов Р.С. - М.: Просвещение, 1995. – 234с.
38. Татенко В. Сучасна психологія. Теоретично-методологічні проблеми / Татенко В. –У.: НАУ-друк, 2009. – 288с.

39. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога / Рогов Е.И. – М.: Владос, 1996. – 529с.
40. Роджерс К. Погляд на психотерапію. Становлення людини / Роджерс К. - К., 2004. – 124с.
41. Свядощ А.М. Неврозы. Руководство для врачей / Свядощ А.М. – СПб.: Питер Ком., 1998. – 448с.
42. Сонник Г.Т. Психіатрія / Сонник Г.Т. - К.:Здоров'я, 2006. – 432 с.
43. Франкл В.Е. Теория и терапия неврозов. / Франкл В.Е.. – СПб.: Речь, 2001. – 234с.
44. Федосова Л.О. Клінічна психологія: навч. посіб. / Л.О. Федосова – К.: ДП Вид. дім Персонал, 2013. – 248с.
45. Фрейд А. Эго и механизмы защиты / Фрейд А. - М., 2003. – 127с.
46. Філімонов В.І. Фізіологія людини в запитаннях і відповідях / Філімонов В.І. – Вінниця:Нова Книга, 2009. – 488с.
47. Фурст Д. Невротик, его среда и внутренний мир / Фурст Д. - М., 1957. - 376с.
48. Fraley R.C., Waller N.G., Brennan K.A. An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment *Journal of Personality and Social Psychology*, 2000, no.11, 350-365p.
49. Friedman M., Rosenman R.H. Type A behavior and your heart, NY: Knopf., 1974. 187p.
50. Хорошко В.К. Учение о неврозах / Хорошко В.К. – Москва.: Государственное издательство медицинской литературы Мед Из, 1943. – 245с.
51. Хорни К. Невротическая личность нашего времени / Карен Хорни. – СПб.: Питер, 2002. – 224с.
52. Holmes, T.H., Rahe R.H. The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 1967. 213-218p.
53. Шум С. Що треба знати про психічне здоров'я [Електронний ресурс]. – Україна: МОЗ, 2019. – Режим доступу :

<https://moz.gov.ua/article/news/scho-treba-znati-pro-psihichne-zdorov'ja-na-pitannja-vidpovidae-likar-psihiatr-sergij-shum>.

54. Яхин К.К. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / Яхин К.К., Менделевич Д.М. – М.: Практическое руководство, 1998. – 545-552с.

ДОДАТКИ

Додаток А

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПРОСНИК ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И ОЦЕНКИ НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ (К. К. ЯХИН, Д. М. МЕНДЕЛЕВИЧ)

Применяется для выявления и оценки невротических состояний.

Инструкция: Рядом с каждым вопросом проставьте выбранный балл, оценивая свое текущее состояние по пятибалльной системе: 5 баллов – никогда не было, 4 балла – редко, 3 балла – иногда, 2 балла – часто, 1 балл – постоянно или всегда.

Бланк методики

1. Ваш сон поверхностный и беспокойный?
2. Замечаете ли Вы, что стали более медлительны и вялы, нет прежней энергичности?
3. После сна Вы чувствуете себя усталым и «разбитым» (неотдохнувшим)?
4. У Вас плохой аппетит?
5. У Вас бывают ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах?
6. Вам трудно бывает заснуть, если Вас что-либо тревожит?
7. Чувствуете ли Вы себя подавленным и угнетенным?
8. Чувствуете ли Вы у себя повышенную утомляемость, усталость?
9. Замечаете ли Вы. Что прежняя работа дается Вам труднее и требует больших усилий?
10. Замечаете ли Вы, что стали более рассеянным и невнимательным, забываете куда положили какую-нибудь вещь или не можете вспомнить, что только собирались делать?
11. Вас беспокоят навязчивые воспоминания?
12. Бывает ли у Вас ощущение какого-то беспокойства (как будто что-то должно случиться), хотя особых причин и нет?

13. У Вас возникает страх заболеть тяжелым заболеванием (рак, инфаркт, психическое заболевание и т.д.)?

14. Вы не можете сдерживать слезы и плачете?

15. Замечаете ли Вы, что потребность в интимной жизни для Вас стала меньше или даже стала Вас тяготить?

16. Вы стали более раздражительны и вспыльчивы?

17. Приходит ли Вам мысль, что в Вашей жизни мало радости и счастья?

18. Замечаете ли Вы, что стали каким-то безразличным, нет прежних интересов и увлечений?

19. Проверяете ли Вы многократно выполненные действия: выключен ли газ, вода, электричество, заперта ли дверь и т.д.?

20. Беспокоят ли Вас боли или неприятные ощущения в области сердца?

21. Когда Вы расстраиваетесь, у Вас бывает так плохо с сердцем, что Вам приходится принимать лекарства или даже вызывать «скорую помощь»?

22. Бывает ли у Вас звон в ушах или рябь в глазах?

23. Бывают ли у Вас приступы учащенного сердцебиения?

24. Вы так чувствительны, что громкие звуки, яркий свет и резкие краски раздражают Вас?

25. Испытываете ли Вы в пальцах рук и ног, или в теле покалывание, ползание мурашек, онемение или другие неприятные ощущения?

26. У Вас бывают периоды такого беспокойства. Что Вы даже не можете усидеть на месте?

27. Вы к концу работы так сильно устаете, что Вам необходимо отдохнуть, прежде чем приняться за что-либо?

28. Ожидание Вас тревожит и нервирует?

29. У Вас кружится голова и темнеет в глазах, если Вы резко встанете или наклонитесь?

30. При резком изменении погоды у Вас ухудшается самочувствие?

31. Вы замечали, как у Вас непроизвольно подергиваются голова и плечи, или веки, скулы, особенно, когда Вы волнуетесь?

32. У Вас бывают кошмарные сновидения?
33. Вы испытываете тревогу и беспокойство за кого-нибудь или за что-нибудь?
34. Ощущаете ли Вы комок в горле при волнении?
35. Бывает ли у Вас чувство, что к Вам относятся безразлично, никто не стремится Вас понять и посочувствовать, и Вы ощущаете себя одиноким?
36. Испытываете ли Вы затруднения при глотании пищи, особенно Вы волнуетесь?
37. Вы обращали внимание на то, что руки или ноги у Вас находятся в беспокойном движении? 38. Беспокоит ли Вас, что вы не можете освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей (мелодия, стихотворение, сомнения)?
39. Вы легко потеете при волнениях?
40. Бывает ли у Вас страх оставаться в одиночестве в пустой квартире?
41. Чувствуете ли Вы у себя нетерпеливость, непоседливость или суетливость?
42. У Вас бывают головокружения или тошнота к концу рабочего дня?
43. Вы плохо переносите транспорт (Вас «укачивает» и Вам становится дурно)?
44. Даже в теплую погоду ноги и руки у вас холодные (зябнут)?
45. Легко ли Вы обижаетесь?
46. У Вас бывают навязчивые сомнения в правильности Ваших поступков или решений:
47. Не считаете ли Вы, что Ваш труд на работе или дома недостаточно оценивается окружающими?
48. Вам часто хочется побыть одному?
49. Вы замечаете, что Ваши близкие относятся к Вам равнодушно или даже неприязненно?
50. Вы чувствуете себя скованно или неуверенно в обществе? 51. Бывают ли у Вас головные боли?

52. Замечаете ли Вы, как стучит или пульсирует кровь в сосудах, особенно если вы волнуетесь?

53. Совершаете ли Вы машинально ненужные действия (потираете руки, поправляете одежду, приглаживаете волосы и т.д.)?

54. Вы легко краснеете или бледнеете?

55. Покрывается ли Ваше лицо, шея или грудь красными пятнами при волнениях?

56. Приходят ли Вам на работе мысли, что с Вами может неожиданно что-то случиться и Вам не успеют оказать помощь?

57. Возникают ли у вас боли или неприятные ощущения в области желудка, когда Вы расстраиваетесь?

58. Приходят ли Вам мысли, что Ваши подруги (друзья) или близкие более счастливы, чем Вы?

59. Бывают ли у Вас запоры или поносы?

60. Когда Вы расстраиваетесь, у Вас бывает отрыжка или тошно та?

61. Прежде чем принять решение Вы долго колеблетесь?

62. Легко ли меняется Ваше настроение?

63. При расстройствах у Вас появляется зуд кожи или сыпь?

64. После сильного расстройства Вы теряли голос или у Вас отнимались руки или ноги?

65. У Вас повышенное слюноотделение?

66. Бывает ли, что Вы не можете один перейти улицу, открытую площадь?

67. Бывает ли, что Вы испытываете сильное чувство голода, а едва начав есть, быстро насыщаетесь?

68. У Вас возникает чувство, что во многих неприятностях виноваты Вы сами?

Обработка результатов

Используются таблицы значений диагностических коэффициентов по шести шкалам:

Шкала тревоги

| Номер вопроса | 1 балл | 2 балла | 3 балла | 4 балла | 5 баллов |
|----------------------|---------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| 6 | -1,33 | -0,44 | 1,18 | 1,31 | 0,87 |
| 12 | -1,08 | -1,3 | -0,6 | 0,37 | 1,44 |
| 26 | -1,6 | -1,34 | -0,4 | -0,6 | 0,88 |
| 28 | -1,11 | 0 | 0,54 | 1,22 | 0,47 |
| 32 | -0,9 | -1,32 | -0,41 | 0,41 | 1,3 |
| 33 | -1,19 | -0,2 | 1 | 1,04 | 0,4 |
| 37 | -0,78 | -1,48 | -1,38 | 0,11 | 0,48 |
| 41 | -1,26 | -0,93 | -0,4 | 0,34 | 1,24 |
| 50 | -1,23 | -0,74 | 0 | 0,37 | 0,63 |
| 61 | -0,92 | -0,36 | 0,28 | 0,56 | 0,1 |

Шкала невротической депрессии

| Номер вопроса | 1 балл | 2 балла | 3 балла | 4 балла | 5 баллов |
|----------------------|---------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| 2 | -1,58 | -1,45 | -0,41 | 0,7 | 1,46 |
| 7 | -1,51 | -1,53 | -0,34 | 0,58 | 1,4 |
| 15 | -1,45 | -1,26 | -1 | 0 | 0,83 |
| 17 | -1,38 | -1,62 | -0,22 | 0,32 | 0,75 |
| 18 | -1,3 | -1,5 | -0,15 | 0,8 | 1,22 |
| 35 | -1,34 | -1,34 | -0,5 | 0,3 | 0,73 |
| 48 | -1,2 | -1,23 | 0,36 | 0,56 | 0,2 |
| 49 | -1,08 | -1,08 | -1, 18 | 0 | 0,46 |
| 58 | -1,2 | -1,26 | -0,37 | 0,21 | 0,42 |
| 68 | -1,08 | -0,54 | -0,1 | 0,25 | 0,32 |

Шкала астении

| Номер вопроса | 1 балл | 2 балла | 3 балла | 4 балла | 5 баллов |
|----------------------|---------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| 3 | -1,51 | -1,14 | -0,4 | 0,7 | 1,4 |
| 8 | -1,5 | -0,33 | 0,9 | 1,32 | 0,7 |
| 9 | -1,3 | -1,58 | -0,6 | 0,42 | 1 |
| 10 | -1,62 | -1,18 | 0 | 0,79 | 1,18 |
| 14 | -1,56 | -0,7 | -0,12 | 0,73 | 1,35 |
| 16 | -1,62 | -0,6 | 0,26 | 0,81 | 1,24 |
| 24 | -0,93 | -0,8 | -0,1 | 0,6 | 1,17 |
| 27 | -1,19 | -0,44 | 0,18 | 1,2 | 1,08 |
| 45 | -1,58 | -0,23 | 0,34 | 0,57 | 0,78 |
| 62 | -0,5 | -0,56 | 0,38 | 0,56 | 0 |

Шкала истерического типа реагирования

| Номер вопроса | 1 балл | 2 балла | 3 балла | 4 балла | 5 баллов |
|----------------------|---------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| 5 | -1,41 | -1,25 | -0,5 | 0,4 | 1,53 |
| 21 | -1,2 | -1,48 | -1,26 | -0,18 | 0,67 |
| 31 | -1,15 | -1,15 | -0,87 | -0,1 | 0,74 |
| 34 | -1,48 | -1,04 | -0,18 | 1,11 | 0,5 |
| 35 | -1,34 | -1,34 | -0,52 | 0,3 | 0,73 |
| 36 | -1,3 | -1,38 | -0,64 | -0,12 | 0,66 |
| 45 | -1,58 | -0,23 | 0,34 | 0,57 | 0,78 |
| 47 | -1,38 | -1,08 | -0,64 | -0,1 | 0,52 |
| 49 | -1,08 | -1,08 | -1,18 | -0,1 | 0,46 |
| 57 | -1,2 | -1,34 | -0,3 | 0 | 0,42 |
| 64 | -0,6 | -1,26 | -1,08 | -0,38 | 0,23 |

Шкала обсессивно-фобических нарушений

| Номер вопроса | 1 балл | 2 балла | 3 балла | 4 балла | 5 баллов |
|---------------|--------|---------|---------|---------|----------|
| 11 | -1,38 | -1,32 | -0,3 | 0,3 | 1,2 |
| 13 | -1,53 | -1,38 | -0,74 | 0,23 | 0,9 |
| 19 | -1,32 | -0,63 | 0 | 0,99 | 1,2 |
| 38 | -0,9 | -1,17 | -0,43 | 0,37 | 0,69 |
| 40 | -1,38 | -0,67 | -0,81 | 0,18 | 0,64 |
| 46 | -1,34 | -1,2 | 0,1 | 0,54 | 0,43 |
| 53 | -0,78 | -1,5 | -0,35 | 0,27 | 0,36 |
| 56 | -0,3 | -1,2 | -1,3 | -0,67 | 0,33 |
| 61 | -0,92 | -0,36 | 0,28 | 0,56 | 0,1 |
| 66 | -1 | -0,78 | -1,15 | -0,52 | 0,18 |

Шкала вегетативных нарушений

| Номер питання | 1 бал | 2 бали | 3 бали | 4 бали | 5 балів |
|---------------|-------|--------|--------|--------|---------|
| 1 | -1,51 | -1,6 | -0,54 | 0,5 | 1,45 |
| 4 | -1,56 | -1,51 | -0,34 | 0,68 | 1,23 |
| 6 | -1,33 | -0,44 | 1,18 | 1,31 | 0,87 |
| 20 | -1,3 | -1,58 | -0,1 | 0,81 | 0,77 |
| 22 | -1,08 | -1,5 | -0,71 | 0,19 | 0,92 |
| 23 | -1,8 | -1,4 | -0,1 | 0,5 | 1,22 |
| 25 | -1,15 | -1,48 | -1 | 0,43 | 0,63 |
| 29 | -1,6 | -0,5 | -0,3 | 0,62 | 0,9 |
| 30 | -1,34 | -0,7 | -0,17 | 0,42 | 0,85 |
| 32 | -0,9 | -1,32 | -0,41 | 0,42 | 1,19 |
| 39 | -1,56 | -0,43 | -0,1 | 0,48 | 0,76 |
| 42 | -1,3 | -0,97 | -0,4 | -0,1 | 0,7 |
| 43 | -1,11 | -0,044 | 0 | 0,78 | 0,45 |
| 44 | -1,51 | -0,57 | -0,26 | 0,32 | 0,63 |
| 51 | -1,34 | -0,78 | 0,2 | 0,31 | 1,4 |
| 52 | -0,97 | -0,66 | -0,14 | 0,43 | 0,77 |
| 54 | -0,93 | -0,3 | 0,13 | 0,93 | 0,6 |
| 57 | -1,2 | -1,34 | -0,3 | 0 | 0,42 |
| 59 | -1,08 | -0,83 | -0,26 | 0,24 | 0,55 |
| 63 | -0,9 | -1,15 | -1 | -0,1 | 0,25 |
| 65 | -1 | -1,26 | -0,22 | -0,43 | 0,27 |
| 67 | -0,7 | -0,42 | -0,55 | 0,18 | 0,4 |

Интерпретация

Суммируют диагностические коэффициенты по шести шкалам и выстраивают график. Показатель больше +1,28 указывает на уровень здоровья, меньше –1,28 – болезненный характер выявляемых расстройств.

Додаток Б

Методика діагностики емоційного вигорання В. Бойко

Інструкція. Якщо ви професіонал у будь якій галузі спілкування з людьми, то для вашої діяльності важливо, в якій мірі у вас сформований психологічний захист у формі «емоційного вигорання». Прочитайте твердження та дайте відповідь «так» або «ні». Там, де у запропонованих твердженнях опитувальника йдеться про «партнерів», маються на увазі суб'єкти вашої професійної діяльності – клієнти, учні та інші люди, із якими ви щоденно співпрацюєте.

1. Організаційні недоліки на роботі постійно примушують нервувати, переживати, напружуватися.
2. Сьогодні я задоволений своєю професією не менше, ніж на початку кар'єри.
3. Я помилився(лася) у виборі професії або профілю діяльності.
4. Мене непокоїть те, що я став(ла) гірше працювати (менш продуктивно, менш якісно, повільніше).
5. Тепло́та взаємодії з партнерами залежить від мого настрою.
6. Від мене як від професіонала мало залежить добробут партнерів.
7. Коли я приходжу з роботи додому, то деякий час (2 – 3 години) мені хочеться побути на самоті, щоб зі мною ніхто не спілкувався.
8. Коли я відчуваю втому чи напруження, то намагаюся якомога швидше вирішити проблеми партнера (згорнути взаємодію).
9. Мені здається, що емоційно я не можу надати партнеру те, чого вимагає професійний обов'язок.
10. Моя робота не дає виражатися моїм емоціям.
11. Я відверто втомився(лася) від людських проблем, із якими доводиться мати справу на роботі.

12. Буває, я погано засинаю (сплю) через хвилювання, пов'язані з роботою.
13. Взаємодія з партнерами потребує від мене великого напруження.
14. Робота з людьми приносить все менше задоволення.
15. Я б змінив(ла) місце роботи, якби була така можливість.
16. Мене часто засмучує те, що я не можу належними чином надати партнерові професійну підтримку, допомогу.
17. Мені завжди вдається запобігти впливові поганого настрою на ділові контакти.
18. Мене дуже засмучує, якщо щось негаразд у стосунках із діловими партнерами.
19. Я настільки втомлююсь на роботі, що дома намагаюсь спілкуватися якомога менше.
20. Через брак часу, втомленість або напруження, часто приділяю партнерові менше уваги, ніж належить.
21. Інколи звичайні ситуації спілкування на роботі викликають у мене роздратування.
22. Я спокійно приймаю обґрунтовані претензії партнерів.
23. Спілкування з партнерами спонукає мене триматися осторонь від людей.
24. Коли згадую деяких колег по роботі чи партнерів, у мене псується настрій.
25. Конфлікти чи розбіжність поглядів із колегами забирають багато сил і емоцій.
26. Мені все складніше встановлювати або підтримувати контакти з діловими партнерами.
27. Обставини на роботі здаються мені дуже складними.
28. У мене часто виникають тривожні очікування, пов'язані з роботою: щось повинно статися, як би не припуститися помилки, чи зможу зробити все, як належить, чи не скоротять мене тощо.
29. Якщо партнер мені неприємний, я намагаюсь обмежити час спілкування з ним або менше приділяти йому уваги.

30. На роботі під час спілкування я дотримуюсь принципу: «Не роби людям добра, не отримаєш лиха».
31. Я охоче вдома розповідаю про свою роботу.
32. Бувають дні, коли мій емоційний стан негативно впливає на результати роботи (менше виконую, знижується якість, трапляються конфлікти).
33. Інколи я відчуваю, що треба виявити до партнера емоційну чуйність, але не можу.
34. Я дуже переживаю за свою роботу.
35. Партнерам по роботі віддаєш уваги та турботи більше, ніж отримуєш.
36. Коли думаю про роботу, мені стає не по собі: починає колоти в ділянці серця, підвищується тиск, з'являється головний біль.
37. У мене добрі стосунки з керівником.
38. Я часто радію, коли бачу, що моя робота йде на користь людям.
39. Останнім часом, мене переслідують невдачі в роботі.
40. Деякі сторони моєї роботи викликають глибоке розчарування.
41. Бувають дні, коли контакти з партнерами складаються гірше, ніж звичайно.
42. Я враховую особливості ділових партнерів гірше ніж раніше.
43. Стомленість від роботи призводить до того, що я прагну скоротити спілкування з друзями та знайомими.
44. Я зазвичай виявляю інтерес до особистості партнера, окрім того, що стосується справи.
45. Зазвичай я приходжу на роботу відпочивши, зі свіжими силами, у гарному настрої.
46. Я інколи ловлю себе на тому, що працюю з партнерами автоматично, без натхнення, запалу, ентузіазму.
47. По роботі зустрічаються настільки неприємні люди, що мимоволі бажаєш їм чогось поганого.
48. Після спілкування з неприємними партнерами, у мене буває погіршення фізичного або психічного самопочуття.
49. На роботі я маю постійні фізичні або психологічні перевантаження.

50. Успіхи в роботі наповнюють мене натхненням.
51. Ситуація на роботі, у якій я опинився(лася), здається безвихідною.
52. Я втратив(ла) спокій через роботу.
53. Упродовж останнього року була скарга (скарги) на мою роботу з боку партнера (партнерів).
54. Мені вдається берегти нерви завдяки тому, що я не сприймаю близько до серця те, що відбувається з партнером.
55. Я часто приношу з роботи додому негативні емоції.
56. Я часто працюю понад силу.
57. Раніше я був(ла) більш чуйним(ною) і уважним(ною) до партнерів, ніж зараз.
58. У роботі з людьми керуюся принципом: не втрачай нерви, бережи здоров'я.
59. Інколи я йду на роботу з важким відчуттям: як усе набридло, нікого б не бачити і не чути.
60. Після напруженого робочого дня я відчуваюся трохи недобре.
61. Контингент партнерів, із якими я працюю, дуже важкий.
62. Інколи мені здається, що результати моєї роботи не варті тих зусиль, які я втрачаю.
63. Якби мені поталанило з роботою, я був(ла) би(б) щасливішим(ою).
64. Я у відчаї через те, що на роботі у мене серйозні проблеми.
65. Інколи я поводжуся зі своїми партнерами так, як не хотів(ла) би(б) щоб поводитися зі мною.
66. Я засуджую партнерів, які розраховують на пільги, поблажливість, увагу.
67. Найчастіше після робочого дня у мене немає сил робити хатні справи.
68. Я постійно підганяю час: скоріше б робочий день закінчився.
69. Стан, прохання, потреби партнерів мене щиро турбують.
70. Працюючи з людьми, я ніби ставлю екран, який захищає мене від чужих страждань та негативних емоцій.
71. Робота з людьми (партнерами) дуже розчарувала мене.
72. Щоб відновити сили, часто вживаю ліки.

73. Як правило, мій робочий день проходить спокійно і легко.
74. Мої вимоги до виконуваної роботи вищі, ніж те, чого я досягаю в силу обставин.
75. Моя кар'єра склалася вдало.
76. Я дуже нервую через все, що пов'язано з роботою.
77. Деяких із своїх постійних партнерів я не хотів(ла) би(б) бачити і чути.
78. Я схвалюю колег, які присвячують себе людям (партнерам), забуваючи про власні інтереси.
79. Моя втомленість на роботі мало впливає або зовсім не впливає на спілкування з домашніми та друзями.
80. Якщо випадає нагода, я приділяю партнерові менше уваги, але так, щоб він цього не помітив.
81. Мене часто підводять нерви у спілкуванні з людьми на роботі.
82. До всього, що відбувається на роботі, я втратив(ла) цікавість.
83. Робота з людьми спричинила поганий вплив на мене, як на професіонала, зробила злим(лою), нервовим(ою), беземоційним(ою).
84. Робота з людьми підриває моє здоров'я.

Відповідно до ключа визначається сума балів окремо для кожного з симптомів вигорання.

Показник вираженості емоцій коливається в межах від 0 до 30 балів.

| Симптом не склався | Симптом, який склався | Симптом, який склався |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| 9 і менш | 10 – 15 | 16 і більш |

Подальший крок в інтерпретації результатів опитування – підрахунок суми показників симптомів, який здійснюється для кожної з трьох фаз формування вигорання. Для кожної фази оцінка може бути від нуля до 120 балів. За кількісними показниками можна судити тільки про те, яка фаза сформувалася більшою чи меншою мірою.

| Фаза не сформувалася | Фаза у стадії формування | Фаза сформувалася |
|----------------------|--------------------------|-------------------|
| 36 і менш | 37 – 60 | 61 і більш |

Відповідно до ключа проводяться наступні підрахунки:

- визначається сума балів для кожного з 12 симптомів вигорання;
- підраховується сума показників симптомів для кожної з трьох фаз формування вигорання;
- встановлюється підсумковий показник синдрому емоційного вигорання, тобто сума 12 симптомів.

Ключ

«Напруження»

| | |
|---|--|
| 1. Переживання психотравмуючих обставин | +1(2), +13(3), +25(2), -37(3), +49(10), +61(5), -73(5) |
| 2. Незадоволеність собою | -2(3), +14(2), +26(2), -38(10), -50(5), +62(5), +74(5) |
| 3. «Загнаність у клітку» | +3(10), +15(5), +27(2), +39(2), +51(5), +63(1), -75(5) |
| 4. Тривога і депресія | +4(2), +16(3), +28(5), +40(5), +52(10), +64(2), +76(3) |

Разом по фазі «Напруження»

«Резистенція»

| | |
|--|--|
| 1. Неадекватне вибіркове емоційне реагування | +5(5), -17(3), +29(10), +41(2), +53(2), +65(3), +77(5) |
| 2. Емоційно-моральна дезорієнтація | +6(10), -18(3), +30(3), +42(5), +54(2), +66(2), -78(5) |
| 3. Розширення галузі | +7(2), +19(10), -31(2), +43(5), +55(3), |

| | |
|------------------------------------|--|
| економії емоцій | +67(3), -79(5) |
| 4. Редукція професійних обов'язків | +8(5), +20(5), +32(2), -44(2), +56(3), +68(3), +80(10) |

Разом по фазі «Резистенція»

«Виснаження»

| | |
|--|---|
| 1. Емоційний дефіцит | +9(3), +21(2), +33(33), -45(5), +57(3), -69(10), +81(2) |
| 2. Емоційна відчуженість | +10(2), +22(3), -34(2), +46(3), +58(5), +70(5), +82(10) |
| 3. Деперсоналізація | +11(5), +23(3), +35(3), +47(5), +59(5), +71(2), +83(10) |
| 4. Психосоматичні та психоемоційні порушення | +12(3), +24(2), +36(5), +48(3), +60(2), +72(10), +84(5) |

Разом по фазі «Виснаження»

Підсумковий показник.

Додаток В

Бланк Теста життєстійкості

Здравствуйте! Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы, отмечая галочкой тот ответ, который наилучшим образом отражает Ваше мнение.

| № | Вопросы | нет | скорее нет, чем да | скорее да, чем нет | да |
|----|---|-----|--------------------|--------------------|----|
| 1 | Я часто не уверен в собственных решениях. | | | | |
| 2 | Иногда мне кажется, что никому нет до меня дела. | | | | |
| 3 | Часто, даже хорошо выспавшись, я с трудом заставляю себя встать с постели. | | | | |
| 4 | Я постоянно занят, и мне это нравится. | | | | |
| 5 | Часто я предпочитаю «плыть по течению». | | | | |
| 6 | Я меняю свои планы в зависимости от обстоятельств. | | | | |
| 7 | Меня раздражают события, из-за которых я вынужден менять свой распорядок дня. | | | | |
| 8 | Непредвиденные трудности порой сильно утомляют меня. | | | | |
| 9 | Я всегда контролирую ситуацию настолько, насколько это необходимо. | | | | |
| 10 | Порой я так устаю, что уже ничто не может заинтересовать меня. | | | | |
| 11 | Порой все, что я делаю, кажется мне бесполезным. | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 12 | Я стараюсь быть в курсе всего происходящего вокруг меня. | | | | |
| 13 | Лучше синица в руках, чем журавль в небе. | | | | |
| 14 | Вечером я часто чувствую себя совершенно разбитым. | | | | |
| 15 | Я предпочитаю ставить перед собой труднодостижимые цели и добиваться их. | | | | |
| 16 | Иногда меня пугают мысли о будущем. | | | | |
| 17 | Я всегда уверен, что смогу воплотить в жизнь то, что задумал. | | | | |
| 18 | Мне кажется, я не живу полной жизнью, а только играю роль. | | | | |
| 19 | Мне кажется, если бы в прошлом у меня было меньше разочарований и невзгод, мне было бы сейчас легче жить на свете. | | | | |
| 20 | Возникающие проблемы часто кажутся мне неразрешимыми. | | | | |
| 21 | Испытав поражение, я буду пытаться взять реванш. | | | | |
| 22 | Я люблю знакомиться с новыми людьми. | | | | |
| 23 | Когда кто-нибудь жалуется, что жизнь скучна, это значит, что он просто не умеет видеть интересное. | | | | |
| 24 | Мне всегда есть чем заняться. | | | | |
| 25 | Я всегда могу повлиять на результат того, что происходит вокруг. | | | | |
| 26 | Я часто сожалею о том, что уже сделано. | | | | |
| 27 | Если проблема требует больших усилий, я предпочитаю отложить ее до лучших времен. | | | | |
| 28 | Мне трудно сближаться с другими людьми. | | | | |
| 29 | Как правило, окружающие слушают меня внимательно. | | | | |
| 30 | Если бы я мог, я многое изменил бы в прошлом. | | | | |
| 31 | Я довольно часто откладываю на завтра то, что трудно осуществимо, или то, в чем я не уверен. | | | | |
| 32 | Мне кажется, жизнь проходит мимо меня. | | | | |
| 33 | Мои мечты редко сбываются. | | | | |
| 34 | Неожиданности дарят мне интерес к жизни. | | | | |
| 35 | Порой мне кажется, что все мои усилия тщетны. | | | | |
| 36 | Порой я мечтаю о спокойной размеренной жизни. | | | | |
| 37 | Мне не хватает упорства закончить начатое. | | | | |
| 38 | Бывает, жизнь кажется мне скучной и бесцветной. | | | | |
| 39 | У меня нет возможности влиять на неожиданные проблемы. | | | | |
| 40 | Окружающие меня недооценивают. | | | | |
| 41 | Как правило, я работаю с удовольствием. | | | | |
| 42 | Иногда я чувствую себя лишним даже в кругу друзей. | | | | |
| 43 | Бывает, на меня наваливается столько проблем, что просто руки опускаются. | | | | |
| 44 | Друзья уважают меня за упорство и непреклонность. | | | | |
| 45 | Я охотно берусь воплощать новые идеи. | | | | |

Ответьте, пожалуйста, на несколько вопросов о себе. Вместо имени в поле ФИО можно использовать любой псевдоним (пожалуйста, используйте *один и тот же* псевдоним для всех опросников).

Конфиденциальность личной информации гарантируется. ФИО:

Пол: муж/жен **Возраст:** _____ **Образование:** _____