**Розділ 1**

**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ НЕВРОТИЧНИХ КОНФЛІКТІВ У ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ**

**1.1. Історія досліджень невротичних конфліктів у вітчизняній та зарубіжній психології**

Визначення невротичних розладів традиційно будується на двох принципах: позитивної або негативної діагностиці. В рамках першої розпізнавання невротичних розладів базується на виявленні специфічних клінічних проявів (симптомів і синдромів) та психогенному механізмі формування. До основоположних діагностичних критеріїв неврозів слід відносити:

1) залежність виникнення та перебігу (динаміки) неврозу з психогенною ситуацією,

2) зв'язок психогени з особистістю хворого, з нездатністю пацієнта в конкретних умовах вирішити конфліктну ситуацію,

3) змістовний зв'язок між характером психотравми та клінічними проявами неврозу і патологічною фіксацією на фрустрації і переживаннях, пов'язаних з нею. В рамках другої діагностичної парадигми упор робиться на факти відсутності в клінічній картині психічних порушень іншого рівня, найчастіше вказується на значимість непсихотичного рівня реагування, а також виключення неврозоподібних або псевдоневростенічних розладів органічного, соматичного або шизофренічного генезу.

Внаслідок цього невроз визначається як психогенний (конфліктогенний) нервово-психічний розлад, який виникає в результаті порушення особливо значимих життєвих відносин людини, виявляється в специфічних клінічних феноменах при відсутності психотичних явищ.

Проблематичність використання наведеної вище традиційної дефініції невротичних розладів полягає, в першу чергу, в тому, що не дається чітке та однозначне визначення поняття «розлад», що ускладнює диференціацію невротичних симптомів від психологічних феноменів (переживань), які також пов'язані зі стресом, тобто є конфліктогенними, також зачіпають особливо значущі сторони відносин людини зі світом і не включають психотичних порушень. До того ж вказівка ​​на «специфічні клінічні феномени» має містити чіткий опис цієї специфіки - виділення виключно невротичних симптомокомплексів. Відповідно до МКБ-10 поняття «розлади» включає в себе «клінічно певну групу симптомів або поведінкових ознак, які в більшості випадків заподіюють страждання і перешкоджають особистісному функціонуванню». При цьому робиться не цілком зрозуміле і аргументоване уточнення про те, що «ізольовані соціальні відхилення або конфлікти без особистісної дисфункції не повинні включатися в групу психічних розладів». Таким чином, діагностика невротичних розладів фактично стає заручницею понять страждання, дезадаптація і особистісна дисфункція [7].

Уточнююче і углубляюче визначення дається А. М. Вейном, який, поряд із значущістю для діагностики неврозів психогенного фактора, особистісних особливостей, недостатності психологічного захисту і формуванням невротичного конфлікту, виділив ті самі специфічні клінічні прояви, віднісши до них не тільки порушення в емоційній, а й у вегетативній і соматичній сферах. Даний підхід створює базу для диференціації невротичних розладів з подібними психологічними феноменами (переживаннями), так як фактично переводить проблему психологічну в психовегетативну і психосоматичну, демонструючи медичну складову даного виду патології.

Можна погодитися з тим, що для діагностики невротичних розладів недостатньо наявності лише психопатологічних непсихотичних симптомів і синдромів, також як і дезадаптації, внутрішньо- та міжособистісного конфліктів. Для того, щоб говорити про невротичні розлади (і навіть захворювання), обов'язковим, з нашої точки зору, повинна бути соматична (вегетативна) складова цих порушень, що демонструє перехід з психологічного рівня реагування, розташованого в межах нормативної психічної поведінки, на більш глибокий - психосоматичний.

Ще одним підходом у розмежуванні невротичних розладів і психологічних переживань в рамках норми вважається вибір параметра усвідомленості психічної травматизації. На думку К. Юнга особи, які мають проблеми, дуже часто бувають невротиками, але було б серйозним непорозумінням змішувати наявність проблематики з неврозом, бо між ними є істотна відмінність: невротик хворий тому, що не усвідомлює своєї проблематичності, а людина, тому що має усвідомлену проблему, страждає від неї, не стаючи хворим. Запропонований підхід розташовується в руслі психоаналітичних поглядів і, на жаль, не до кінця здатний на практиці вирішити діагностичну загадку. Тим більше що сам К. Юнг справедливо вказував на те, що незадовільну теорію можна терпіти, взагалом-то, досить довго, але це не відноситься до незадовільних терапевтичних методів.   
Значущою для діагностики та диференціальної діагностики невротичних розладів вважається проблема взаємозв'язку, взаємозалежності або альтернативності неврозу та невротичного характеру (стилю поведінки, психопатії в старому розумінні). Більшість дослідників поділяють точку зору про те, що невроз – характерологічен, що дійсне джерело цих психічних розладів лежить у порушеннях в області характеру, що ці симптоми є маніфестним результатом конфліктуючих характерологічних рис і що без розкриття і виявлення структури невротичного характеру неможливо вилікувати невроз. Можна погодитися з К. Наранхо в тому, що повномасштабна теорія характеру включає і теорію неврозу. Однак представлена ​​позиція не є єдиною і загальновизнаною. Для вітчизняної психіатрії принциповим вважалося поділ неврозів і психопатій (розладів особистості).

З представленою точкою зору згодні далеко не всі дослідники. Такий поділ має значення для опису клінічних форм і варіантів пограничних станів, визначення їх прогнозу, але не є принциповим для розуміння відмінностей у визначальних їх патофізіологічних механізмах. Ці механізми є радше загальними, а не різними і при неврозах, і при психопатіях. Клінічні картини, характерні для «істинних неврозів», можуть бути позначені як «невротичні синдроми» безвідносно до основного етіопатогенезу захворювання в цілому. Щоб вони реалізувалися, потрібно поєднання природжено-конституціональних, соматогенно-органічних і особистісно-ситуаційних чинників у їх різній комбінації.

Якщо в питанні про значимість патологічного характерологічного «грунту» на неврозогенез існують різні точки зору, то про важливу роль акцентуацій характеру пише переважна більшість авторів. Наявність акцентуацій характеру в умовах психотравматизації може стати сприятливим грунтом для виникнення неврозів і невротичних розвитків. До того ж окремим типам акцентуації характеру властиві певні форми невротичних розладів. Астеноневротичний і лабільний типи акцентуацій привертають у відповідних умовах до виникнення неврастенії; сенситивний, психастеничний і, рідше, астеноневротичний служать сприятливим грунтом для розвитку обсесивно-фобічного неврозу. Істеричний невроз виникає на тлі істероїдного або, рідше, при деяких змішаних з істероїдним типах - лабільно-істероїдному, істероїдно-епілептоїдним, рідше, - шизоїдно-істероїдному. Підкреслюючи значення виділення поняття «акцентуація характеру» для клініки неврозів, автор справедливо зазначає, що від типу акцентуації залежать не тільки особливості клінічної картини неврозу, а й виборча чутливість до певного роду психогенних чинників, оскільки очевидно, що невротична декомпенсація може бути полегшена психотравматизацією, висуваючи надмірні вимоги до «місця найменшого опору" даного типу акцентуації [21].

Найбільш яскраво і образно ідею зв'язку невротичної диспозиції і невротичних розладів висловив А. Адлер: те, що називають схильністю до неврозу, вже є невроз, і тільки в актуальних випадках, коли внутрішня необхідність змушує вдатися до посилених хитрощів, як доказ хвороби виникають більш виражені відповідні невротичні симптоми. Вони можуть бути приховані поки пацієнт перебуває у сприятливій ситуації, поки не постає питання про правильність його розвитку, про його почутті спільності. Це доказ хвороби і всі відповідні аранжування необхідні перш за все для того, щоб, по-перше, служити виправданням, якщо життя відмовляє в бажаному тріумфі, по-друге, щоб тим самим отримати можливість ухилитися від вирішення, по-третє, щоб мати можливість виставити в яскравому світлі якісь досягнуті цілі, оскільки вони були досягнуті незважаючи на недугу.

Таким чином, зв'язок невротичних розладів і так званого невротичного характеру, безсумнівно, існує. Однак слід зазначити, що готовність до формування невротичних розладів не вичерпується структурою або вираженістю характерологічних рис. Можна стверджувати (і це буде показано нижче), що для неврозогенеза необхідною умовою є наявність специфічних рис так званого потенційного невротика, а для протистояння становленню невротичного конфлікту і розладів - типових ознак «неврозостійкої особистості». До невротичних розладів, з нашої точки зору, слід зараховувати психопатологічні симптоми і синдроми непсихотичного рівня, що поєднуються з вегетативною дисфункцією, що виникають внаслідок впливу на особистість актуальної психічної травми і недосконалоті механізмів антиципації і психологічної компенсації. Відмінність невротичних розладів від психосоматичних полягає як в представленості в клінічній картині психопатологічних або соматичних симптомів, так і в специфічності внутрішньоособистісних конфліктів [11].

У теоретичному плані співіснують наукові напрями, які намагаються трактувати невроз як з психологічної, так і з біологічної (нейрофізіологічної) платформ. До того ж деякі вітчизняні та західні психотерапевтичні школи «нової хвилі» стають на антінозологічні позиції, вважаючи за краще не висувати і не декларувати теоретичні постулати розуміння походження невротичних симптомів і не проводити диференціальної діагностики між клінічним симптомом і психологічним феноменом. Подібна антінозологіческая платформа найяскравіше може бути продемонстрована на прикладі висловлювання Джозефа Вольпе про те, що невроз - це погана, наполеглива звичка неадаптивного поведінки, придбана в процесі навчання. З цього робиться висновок, що невроз навряд чи можна відносити до клінічного симптомокомплексу і нозологічними одиницями, які повинні мати специфічний етіологічний агент, закономірності патогенезу (неврозогенеза) і результату. Антінозологічна платформа те саме в цілому антіпсіхіатрічному підходу до оцінки психічних проявів. Немає ніякого сенсу протиставляти «нормальне» і «ненормальне». Пацієнти психіатричних клінік не менш «нормальні», ніж члени їх родин, а «шизофреногенні сім'ї» нітрохи не відрізняються від звичайної сім'ї сучасного суспільства. Божевілля є характеристикою міжособистісних відносин, що виникають в залежності від зрозумілості чи незрозумілості для нас суджень і дій іншої людини.

З позиції антінозологічної платформи так звані невротичні розлади не володіють характеристиками псіхопатологічності, тобто немає ніяких строгих діагностичних критеріїв, що дозволяють аргументовано провести розмежування між, наприклад, фобією як невротичним (хворобливим) симптомом, і страхом як психічним станом; між невротичною депресією і зниженим настроєм; між обсесивно-компульсивним розладом і так званими настирливістю, або звичками [23].

Настільки строго патофізіологічний ухил розділяється багатьма вітчизняними вченими-неврологами, проте в більш сучасному, пом'якшеному варіанті, що враховує досягнення психологічних наук і психіатрії. Сьогодні в рамках нейрофізіологічної платформи прийнято говорити не про етіологічне значення цих патофізіологічних механізмів, а про церебральні предиспозиції, що полегшує формування невротичної патології. Надається важливе значення так званої іррітірующей тріаді (шийний остеохондроз, хронічний тонзиліт та хронічний холецистит), що сприяє виникненню (або прояву) не тільки окремих синдромів неврозу, а й самого невротичного захворювання. Відзначають істотну і патогенетично значущу роль в неврозогенезі «негрубої органічної мозкової предиспозиції» і навіть церебральної гіпоксії, вони з великою обережністю обговорюють цю проблему. Ще немає неспростовних доказів, - пишуть вони, - прямої участі системних механізмів мозку (активуючих і синхронизуючих апаратів) та активності біохімічних систем (судимо про них за змістом біологічно активних речовин у венозній крові та екскреції з сечею) у взаємодії психотравмуючої ситуації з особливостями структури особистості і формуванні невротичного конфлікту. Швидше за все, вони відображають наявність стресорних ситуацій, характер та інтенсивність емоційної напруги, а також індивідуальний паттерн реагування. Ймовірно, правильніше говорити про наявність характерних психофізіологічних і псіхогуморальних співвідношень при неврозах. Співвіднести їх прямо з патогенезом захворювання не представляється в даний час можливим [8].

Як видно з представленої позиції, проблема полягає лише в тимчасовій відсутності чітких, «неспростовних» доказів кореляції мозкової дисфункції з виникненням невротичних розладів, а аж ніяк не в принципових теоретичних уявленнях. Ще більш яскраво нейрофізіологічна платформа представлена ​​в таких роздумах вчених: «Існує два принципових шляхи обговорення: перша позиція - органічна церебральна дефицитарність реально існує, але є вона і при багатьох формах патології та у частині практично здорових осіб, що дозволяє вважати її своєрідним епіфеноменом, тобто відсутній будь-який внутрішній і логічний зв'язок між церебральними порушеннями, з одного боку, і виникненням, появою і перебігом невротичної патології - з іншого, друга позиція - положеннями про зв'язок між різними психічними порушеннями та станом органу, що здійснює психічну діяльність, тобто головного мозку, намагатися зрозуміти наявність певного взаємозв'язку між ними.

Нейрофізіологами підкреслюється важлива роль «м'яких неврологічних симптомів» в патогенезі невротичних порушень, в той час як «грубі великовогнищеві або дифузні прояви мозкової недостатності» перешкоджають, на їхню думку, формуванню невротичних форм поведінки за допомогою грубої деформації умов життя та інших супутніх важкої неврологічної патології мікросоціальних чинників.

Узагальнюючи сучасне уявлення про неврозогенез вчених, що стоять на нейрофізіологічній платформі, що не цілком обгрунтована основа патогенезу неврозів бачиться нейрофізіологам в розладі функцій інтегративних систем мозку, серед яких, поряд з корою великих півкуль мозку, істотна роль відводиться лімбіко-рітекулярному комплексу.

Психологічна платформа є на сучасному етапі переважною як у західній психіатричній та психологічній літературі, так і у вітчизняній. Вона так само, як і нейрофізіологічна, не монолітна і не одноманітна, але містить аналіз значущості для неврозогенеза безлічі різних психологічних параметрів. Об'єднує останні уявлення про принципову патогенетичну значущість психологічної складової для виникнення і проявів невротичної симптоматики. Спектр виділених істотних психологічних феноменів широкий, проте не спостерігається протиставлення одних іншим, мабуть, виходячи з того. Що кожному часу притаманний свій невроз і потрібна своя психотерапія. Цей великий список «правильних» теорій відображає значимість не тільки психологічного, а й соціально-психологічного аспекту неврозогенеза. Психоаналіз З. Фрейда пояснював не взагалі неврозогенез (хоча й претендував на це), а лише механізми походження невротичних порушень у молодих жінок австрійських містечок кінця минулого століття. Ноогенний характер невротичних розладів, описаний В. Франклом, підходив для розуміння розвитку неврозів західноєвропейського інтелігента післявоєнного часу. Саме подібна багатоваріантність механізмів неврозогенеза дозволила В. Франклу оцінити питому вагу ноогенного механізму серед інших. Вчений писав про 20-процентну представленість ноогенного механізму серед різноманіття патогенетичних концепцій.

Враховуючи очевидний факт «фрагментарності» західних і вітчизняних теорій неврозогенеза, відсутність в них універсального характеру, слід визнати, що ідея створення єдиної теорії неврозогенеза носить характер утопічності. Громадський уклад життя, соціально-політичні процеси і навіть морально-етичні та релігійні погляди людей здатні змінювати розуміння і суть етіології і в ще більшому ступені - патогенезу неврозів. Саме ця аксіома дозволила деяким вченим вивести невроз за рамки психічної патології.

Психоаналітична каузальна сексуальна теорія неврозів З. Фрейда.

З. Фрейд зосередив свою увагу на проявах невротичних розладів, вважаючи, що їх виникнення не є випадковим і кожен симптом має для пацієнта особливий сенс. При цьому сенс симптому завжди і скрізь» невідомий хворому, прихований від нього, будучи похідним несвідомих процесів, так як «з свідомих процесів симптоми не утворюються. Невротичні симптоми, - писав він, - по-своєму пов'язані з життям осіб, у яких вони виявляються. Вони являють собою заступник того, що не здійснилося і було витіснене зі свідомості. Їх основою є надмірна фіксація на певному відрізку минулого з життя конкретної людини, неможливість звільнитися від нього, прагнення «сховатися» від проблем. Саме афективна фіксація на певній фазі минулого визначається найбільш істотною характеристикою неврозу.

На думку З. Фрейда, при нормальному сексуальному житті не може бути актуального неврозу. При цьому невротизуючий механізм починає формуватися в ранньому дитинстві (звичайно в перші три роки життя), коли у дитини з'являється ряд сексуальних потягів, які він розцінює як заборонені, недозволені (аутоеротизм, гомосексуальні або інцестуальні потяги). У процесі виховання дитина дізнається про заборонену всіх цих потягів, і вони придушуються, не допускаються їм до свідомості, витісняючи так званою цензурою в несвідому сферу. Таким чином, формуються комплекси, заглиблюються у міру дорослішання і формують готовність до невротичних симптомів. Останні можуть виникати тоді, коли «енергія витісненого сексуального потягу» не перекладається (не сублімується) в інші допустимі «цензурою» види діяльності [6].

Теорія невротичної переваги А. Адлера. Критикуючи сексуальну теорію неврозів як претендує на «єдино вірну», А. Адлер звернув увагу не на блокування лібідо і прагнення до задоволення, а на «розпалену спрагу переваги» невротика. На його думку, в дійсності в сексуальній сфері розгортається така ж боротьба, що і у всій душевного життя людини. Початкове почуття неповноцінності, про яке писав З. Фрейд, штовхає на обхідні шляхи, прагне виключити будь-який еротичний досвід, щоб не втратити орієнтацію на мету досягнення переваги. При цьому схема, за якою здійснюються апперцепція і поведінку, являє собою повну антитезу. Через планомірне дитяче спотворення мета невротика за своєю природою ворожа оточенню, і в його цільовій установці завжди можна розпізнати дві несвідомі вихідні посилки: по-перше, за будь-яких обставин людські відносини являють собою боротьбу за перевагу, по-друге, жіноча стать є неповноцінною і в своїх реакціях служить мірою чоловічої сили. На думку А. Адлера, обидві ці несвідомі посилки призводять до того, що всі людські відносини отруюються і спотворюються, виникають несподівані посилення і порушення афекту, а замість бажаного душевного спокою настає постійна незадоволеність і з'являються невротичні симптоми.

Засноване на реальних враження, згодом тенденційно закріплене і заглиблене почуття неповноцінності вже в дитячому віці постійно спонукає пацієнта направляти своє прагнення на ціль, що значно перевищує людську міру, наближається до «богоподобія» і змушує його йти по строго окреслених напрямних лініях. Так формується ригідний життєвий план невротика, обмежувальний стиль його поведінки, «мережі захистів».   
А. Адлер, не погоджуючись зі схемою формування неврозу як «втечі у хворобу», запропонованої його попередниками (Е. Кречмером, З. Фрейдом, К. Юнгом) і вираженої у вигляді формули: НЕВРОЗ = ІНДИВІД + переживання (сексуальні і інцестуозні) + ВИМОГИ ЖИТТЯ, призводить власну: [Індивідуальна схема оцінки (І + П + С) + X = Особистісний ідеал переваги].

Таким чином, недосяжною метою невротика стає спроба досягнення особистісного ідеалу. Він ніби «вростає в свої симптоми», які формуються ним відповідно до його досвіду і психічним напруженням і які представляються йому необхідними і доцільними для підвищення власного почуття особистості. Невротичний життєвий план підтримується виключно завдяки внутрішньому прагненню до переваги, продиктованому первинним почуттям неповноцінності. Симптоми при цьому стають лише формами вираження панування марнославства пацієнта [21].

Так само як і А. Адлер, З. Фрейд виявляв у людини перші ознаки формування готовності до невротичних розладів в дитячі роки. Однак на відміну від психоаналітичного погляду, вбачав причину у витісненні в несвідому область неприпустимих сексуальних потягів, він звертав увагу на неправильні форми виховання, зокрема ставлення до себе та оточення. Основою ж цього неправильного ставлення служило здобуте почуття неповноцінності, що компенсується згодом прагненням до переваги. Всю цілком область неврозів, можна розуміти як домен всіх тих індивідів, які - або внаслідок органічної неповноцінності, або через неправильне виховання, або погані сімейні традиції - перенесли з собою в життя з дитинства почуття слабкості, песимістичну перспективу і разом з тим завжди одні й ті ж або схожі хитрощі, упередження, трюки і екзальтації, такі ж, як і при створенні уявної, суб'єктивної переваги [1].

Теорія «автономного комплексу» К. Юнга. На думку К. Юнга, висловлену ним в кінці двадцятих років двадцятого століття, не існує всебічно задовільної точки зору на сутність неврозів. Порівнюючи теорії неврозогенеза З. Фрейда і А. Адлера, цей автор вказував на той факт, що кожен з підходів підходить в якості пояснювального принципу для досить великого числа людей, відповідає певним психічним реаліям, але не охоплює «душевну реальність» в цілому, внаслідок чого кожна з них має «відносну істинність».

К. Юнг звернув увагу на те, що теорії неврозогенеза, як правило, орієнтовані на молодих людей і здатні бути корисними при аналізі невротичних симптомів виключно даного вікового періоду. Тоді як для осіб середнього і літнього віку вони не можуть бути успішно застосовані. Внаслідок цього їм була відзначена істотна значущість віку пацієнта, який він назвав «в найвищій мірі важливим показником». На думку К. Юнга, «молодий невротик лякається життя, тоді як старий відступає перед смертю». Саме тому він зазначив, що близько третини невротичних пацієнтів страждають від безглуздя і безпредметності свого життя.

В основі неврозогенеза К. Юнг бачив освіту так званого автономного комплексу несвідомого змісту, який не може бути підпорядкований свідомій волі. Продовжуючи традиції психоаналізу, учений наполягав на тому, що причина невротичних симптомів криється в несвідомому. Проте в проходженні неврозів він не надавав особливого значення витісненому сексуальному потягу . Автономний зміст несвідомого, або домінанти несвідомого, - писав він, - це не вроджені уявлення, а вроджені можливості, навіть необхідності, спрямовані на відтворення тих уявлень, які з давніх пір виражалися через домінанти несвідомого. К. Юнг позначив цю сферу колективним несвідомим.

Теорія «невротичних нахилів» К. Хорні. Сутністю неврозу, як вважає і як стверджує в своїй теорїї К. Хорні, є невротична структура характеру, а його центральними ланками - невротичні схильності, кожна з яких становить своєрідне ядро ​​цієї структури всередині особистості, її основа, центр, і кожна з цих підструктур тісно взаємодіє з іншими подібними підструктурами. При цьому невротичні схильності породжують не тільки специфічну тривожність, а й специфічні форми поведінки, специфічний образ «Я» і специфічне уявлення про інших людей, специфічну гордість, специфічну форму уразливості і специфічні внутрішні заборони.

Поділяючи неврози на «прості ситуативні» і «неврози характеру», К. Хорні писала про те, що «патогенний конфлікт, подібно вулкану, захований глибоко всередині людини і невідомий йому». Внаслідок чого розуміння неврозу неможливе без простежування його глибинних коренів - невротичних нахилів. Автором виділяється десять патогенних невротичних нахилів, які вона відрізняє від подібних «нормальних» нахилів, не призводять до невротичного конфлікту і невротичних симптомів. Їх відмітною сутністю К. Хорні вважає ілюзорність, карикатурність, позбавлення ​​волі, спонтанності, сенсу і утилітарну націленість на безпеку і вирішення всіх проблем. До невротичних нахилів, на думку К. Хорні, відносяться:

1. Невротична потреба в любові, прихильності і схваленні; нерозбірлива потреба догоджати і подобатися іншим, отримувати схвалення; мимовільне прагнення виправдовувати очікування оточуючих; перенесення центру ваги на інших, а не на власну особистість, беручи до уваги тільки їх бажання і думки; боязнь самоствердження; боязнь ворожості з боку інших або ворожих почуттів всередині себе.

2. Невротична потреба в «партнері», який прийме керівництво життям невротика в свої руки; перенесення центру ваги на «партнера», який повинен здійснити всі життєві очікування невротика і нести відповідальність за все, що відбувається, як хороше, так і погане, причому успішне маніпулювання «партнером» стає домінуючим завданням; «любові» надається перебільшене значення, тому що передбачається, що «любов» вирішує всі проблеми; боязнь бути покинутим всіма; боязнь залишатися одному.

3. Невротична потреба укласти своє життя у вузькі рамки; нагальна потреба бути невимогливим, задовольнятися малим і обмежувати свої честолюбні прагнення і бажання матеріальних благ; нагальна потреба залишатися непримітним і займати другі місця; применшення своїх здібностей і потенційних можливостей, приймаючи скромність за вищу доброчесність; прагнення швидше зберегти, ніж витратити; боязнь висловити будь-які вимоги; боязнь мати або відстоювати зростаючі бажання.

4. Невротичне прагнення до влади: пристрасна жага панування над іншими; відданість справі, обов'язку, хоча і відіграє певну роль, але не є рушійною силою; неповага інших людей (їх індивідуальності, гідності, почуттів), прагнення підпорядкувати їх собі; великі відмінності в ступені залучених в таке прагнення деструктивних елементів; нерозбірливе поклоніння перед всякою силою і презирство до всякої слабості; боязнь неконтрольованих ситуацій; боязнь безпорадності.

4а. Невротична потреба контролювати себе та інших людей за допомогою розуму і передбачливості; віра у всемогутність інтелекту і розуму; заперечення могутності емоційних сил і презирство до них; надання надзвичайно великого значення передбачення; відчуття переваги над іншими, засноване на здатності такого передбачення; презирство в собі самому до всього, що не дотягує до образу інтелектуальної переваги; боязнь визнати об'єктивні межі могутності розуму; боязнь «дурниці» і неправильного судження.

4б. Невротична потреба вірити у всемогутність волі: відчуття сили духу, що виникає від віри в магічну силу волі; реакція безвихідного розпачу при фрустрації бажання; тенденція відмовлятися від бажань або обмежувати бажання і втрачати до них інтерес через острах «невдачі»; боязнь визнання яких-небудь обмежень абсолютної волі.

5. Невротична потреба в експлуатації інших і прагненні всіма правдами і неправдами добиватися від них для себе переваг: оцінка інших людей в основному з точки зору їхньої корисності або можливості експлуатації; різні сфери експлуатації: гроші (укладання угод стає хворобливою пристрастю), ідеї, сексуальність, почуття; гордість своїм умінням експлуатувати інших; боязнь самому піддатися експлуатації і таким чином опинитися «в дурнях».

6. Невротична потреба суспільного визнання або престижу (в поєднанні з пристрасним бажанням влади або без нього): оцінка всіх і всього (людей, неживих предметів, грошей, власних якостей, вчинків і почуттів) тільки відповідно до їх престижністю; самооцінка, цілком залежна від характеру публічного визнання; відмінності у використанні традиційних або «викликають» способи збудження заздрості або захоплення; боязнь втрати привілейованого становища в суспільстві («приниження») або через зовнішні обставини, або внаслідок внутрішніх факторів.

7. Невротична потреба в захопленні своєю особистістю: роздуте уявлення про себе (нарцисизм); потреба в лестощах і захопленні своїм уявним образом; самооцінка, цілком залежна від відповідності цього образу і від захоплення цим образом іншими людьми; боязнь втратити захоплення і випробувати «приниження».

8. Невротичне честолюбство в плані особистих досягнень: потреба перевершувати інших не за допомогою того, що ти собою являєш або який ти є насправді, а за допомогою своєї діяльності; пряма залежність самооцінки від того, чи є невротик кращим чи ні; прагнення бути найкращим спортсменом, коханцем, письменником, робочим - особливо у власних очах, проте визнання з боку інших також має важливе значення, і його відсутність викликає образу; домішка руйнівних тенденцій (що мають на меті взяти над іншим верх), завжди присутніх, хоча і розрізняються по інтенсивності; невпинне підштовхування себе до ще більших досягнень, незважаючи на всепроникну тривожність і страх невдачі («приниження»).

9. Невротична потреба в самодостатності і незалежності; нагальна потреба ніколи ні в кому не потребувати, або ж не піддаватися ніякому впливу, чи не бути абсолютно нічим пов'язаним, будь-яка близькість тягне за собою небезпеку будь-якого виду поневолення, наявність дистанції і відособленість - єдине джерело безпеки; боязнь потреби в інших людях, в будь-яких зв'язках, близькості, любові.

10. Невротична потреба в досягненні досконалості і невразливості: неослабним погоня за досконалістю; нав'язливі роздуми і самозвинувачення у зв'язку з можливими недоліками, відчуття переваги над іншими на основі власної досконалості; боязнь виявити в самому собі недоліки або зробити помилки; боязнь критики або докорів.

Основою неврозогенеза, на думку К. Хорні, найчастіше стає конфлікт кількох невротичних нахилів, коли проходження одним нахилам буде постійно перешкоджати здійсненню протилежних. В такій ситуації людина «заходить у глухий кут» і, навіть незважаючи на самостійні пошуки шляхів компромісу, невротична структура характеру не дозволить йому вирішити невротичний конфлікт нахилів. Це обумовлено тим, що, як правило, на думку К. Хорні, невротик навіть не підозрює, що саме ці невротичні схильності є рушійними силами в його житті. Становлення ж їх самих є продуктом ще більш ранніх розладів, конфліктів, які мали місце в людських взаєминах.

Ноогенна теорія неврозів В. Франкла. Основою неврозогенеза у відповідності з уявленнями В. Франкла є не психогенія, а екзистенціальна фрустрація (вакуум), коли людина в силу різноманітних причин втрачає «сенс життя», коли блокується його прагнення до відшукання конкретного сенсу в особистому існуванні (воля до сенсу). Автор назвав цей різновид неврозів - ноогенним неврозом (від грецького «ноос», що означає розум, дух, сенс). Ноогенні неврози виникають не з конфліктів між потягами і свідомістю, а з конфліктів між різними цінностями особистості (моральні конфлікти), з духовних проблем і, в першу чергу, через втрату свідомості існування.

Ноогенна теорія неврозів розходиться з психоаналітичною в тому, що не обмежується і не замикається на інстинктивній діяльності людини та її несвідомих процесах, а аналізує духовні реальності. Вона фокусується на потенційному сенсі існування, на усвідомленні людиною, до чого він дійсно прагне «в глибині душі», на актуалізації цінностей.

З точки зору В. Франкла, невротичні розлади ноогенного характеру стали широко поширеними в двадцятому столітті в силу подвійної втрати, яку зазнала людина в ході її становлення справді людською істотою. Людина втратила деякі з базисних тваринних інстинктів, що забезпечували тваринам поведінку, і у її з'явилася необхідність «здійснювати свій вибір». Крім того, ще однією втратою стало руйнування багатовікових традицій. І тепер «ніякий інстинкт не говорить йому, що йому робити, і ніяка традиція не підказує, що він повинен робити; скоро, - пише В. Франкл, - він уже не буде знати, що він хоче робити». Подібний екзистенційний вакуум був виявлений більш ніж у половини обстежених автором людей. Він проявлявся, в першу чергу, станом нудьги від неможливості усвідомити сенс власної, зовні «бурхливої ​​життєдіяльності», спрямованої на збагачення, владу, сексуальні витребеньки. Кожна життєва ситуація (а не тільки психотравма) може кидати людині виклик, вимагати відповіді на найголовніше питання про сенс його існування, отже - провокувати її на формування екзистенціального вакууму і невротичних симптомів. Причому для уникнення неврозу повинен бути виявлений сенс багатьох явищ: існування, любові, страждання. Формування ж невротичних симптомів може бути описано в рамках ноогенного механізму як різновид нігілізму - уявлення про те, що буття не має сенсу взагалі.

Наведені вище найбільш відомі західні теорії та концепції неврозогенеза не завжди чітко розділяють власне невротичні розлади та характерологічні девіації, що сприяють невротичному сімптомовиникненні. Поняття «невротик» нерідко використовується цими авторами не в медичному (нозологічному) сенсі і змішується з поняттями відхиляється, що не можна визнати справедливим. Кожна з концепцій претендує на опис типових рис людини, яку має право позначити потенційним невротиком [9].

**1.2. Поняття невротичного конфлікту**

Основу психоневрозів становить невротичний конфлікт. Внаслідок конфлікту блокується розрядка спонукань і виникає стан «запружівання» психіки. Цей стан поступово знижує здатність его справлятися з порушенням. Фактори, що призводять до неврозів, слід розглядати як свого роду травми: стимули, якими без зусиль можна було б опанувати, але тепер створюють недостатність.

Невротичний конфлікт, згідно з визначенням, представляє собою конфлікт між тенденцією до розрядки та іншою тенденцією, спрямованою на запобігання розрядки. Виразність прагнення до розрядки, як уже зазначалося, залежить не тільки від природи стимулів, але навіть в більшій мірі від фізико-хімічного стану організму. В цілому цілком дозволено зрівняти тенденцію до розрядки з потягами (інстинктивними мотивами). Фільтрація спонукань, або рішення про допущення розрядки, визначається як функція его. Отже, загальне формулювання таке: невротичний конфлікт має місце між потягами, тобто між ід і его [27].

Невротичний конфлікт - це ще не невроз. Проте конфлікти проявляються в певних патологічних феноменах, які теж часто називають невротичними. Клінічні симптоми невротичних конфліктів або прямо висловлюють активність захисних сил, тобто прояв контркатексіса, або відображають відносну недостатність его в стані запружівання.

Активність захисних сил проявляється різними шляхами. Перш за все тривога і відчуття провини, які мотивують захист, можуть зізнаватися як такі, хоча індивід і не знає, чого він побоюється і чому відчуває почуття провини. Інші прояви контркатексіса розрізняються відповідно з використовуваними захисними механізмами. Заперечення і проекція проявляються безпосередньо; регресія змінює бажання і поведінку особистості. Всі патогенні види захисту чинять опір спробам перешкодити їх дії. Деякі з проявів захисту одночасно висловлюють відкинуті сили, тому будуть обговорюватися в розділах, присвячених формуванню симптомів [11].

Маніфестація контркатексіса в чистому вигляді представлена ​​специфічним уникненням і гальмуванням функцій з метою захисту від них. Симптоми відносної недостатності его виникають в результаті запружівання і називаються актуально-невротичними симптомами. Вони дуже схожі з симптомами при травматичних неврозах, оскільки затримки в розрядці внаслідок захисних конфліктів створюють той же стан, що й наплив стимулів при травмі. Існують негативні симптоми, складаються в загальній загальмованості функцій его через великі витрати енергії на захисну боротьбу, і позитивні симптоми, що складаються в хворобливому почутті напруги і несподіваних розрядках, які представляють собою спроби позбавитися від напруги і включають напади тривоги і гніву, порушення сну з-за неможливості релаксації.

Індивіди зі специфічними контркатексісамі часто уникають певних ситуацій, об'єктів, чуттєвих переживань, не усвідомлюючи свого уникнення або, навпаки, уникають цілком свідомо. Замість повного уникнення може виявлятися зниження функцій або специфічний недолік інтересу.   
Іноді такі люди свідомо відчувають, що прямо ненавидять ті сфери, в яких загальмовані, іноді вони відчувають перед ними тільки страх або збентеження; часом вони вважають, що не відкидають ці сфери, але просто недостатньо цікавляться ними. В деяких випадках усвідомлення уникнення зовсім відсутнє, але існують об'єктивні розриви ментального контіпуума, і тоді психоаналіз повинен вказати пацієнту на його антипатії. Іноді пацієнтам подобається втягуватися в «заборонені» види діяльності, щоб пережити гальмування як дистонію его, що трапляються поза їх волею. Сильна неприязнь до офіційних зібрань, боязкість на подібних заходах, нестача інтересу до музики і її нерозуміння, почуття втоми і відсутність енергії в справах, які інших вводять в шаленство, а також психогенна імпотенція - все це ілюстрації подібних можливостей. Неясні фактори, що детермінують розвиток того чи іншого виду гальмування. Психоаналіз завжди показує, що специфічно уникаючі ситуації і загальмовані функції несвідомо мають інстинктивне значення (сексуальне або агресивне). Проти цього інстинктивного значення фактично і направляється захист. Те, що уникає, натякає на спокусу для відкинутих потягів або (і) страшне покарання [5].

Деякі специфічні гальмування потягів відбуваються не прямо в сексуальній сфері, а стосуються тих функцій, які в дитинстві мали сексуальне значення. При імпотенції і фригідності страхи і почуття провини, які мотивують захист і тим самим гальмування, були настільки тісно пов'язані з сексуальним збудженням, що змістилися від інфантильних сексуальних функцій до дорослої сексуальності, коли в тому ж напрямку змістилося збудження. При гальмуваннях, відповідних витіснення приватних інстинктів, самі інфантильні функції залишаються загальмованими.

Якщо специфічному витісненню піддалися оральні спонукання, це часто призводить до гальмування прийому їжі або певних видів їжі, несвідомо нагадують про об'єкти витіснених орально-еротичних прагнень. І знову гальмування простягається від ненависті до подібної їжі та байдужості до насолоди їжею взагалі до істеричної блювоти і спазмів щелепних м'язів. Оральне гальмування може зміститися на інші заняття з прихованим оральним значенням: наприклад, вживання спиртного і куріння, соціальні заходи, читання [19].

Не підлягає сумніву, що діти, які відмовляються від їжі, часом роблять це, щоб висловити негативні почуття до батьків (або їх заступникам). Чим більше, однак, такі протести концентруються на їжі, тим імовірніше, що в основі протесту лежить специфічний оральний конфлікт і захист спрямований не тільки проти фруструючих об'єктів, але також проти оральних потягів. Такий захист особливо помітний, якщо оральні потяги, будучи фрустровані, набувають садистський характер.

Оральна сфера як область осередку самих ранніх інстинктивних конфліктів в подальшому використовується для вираження будь-яких інших конфліктів, особливо при оральній фіксації, що полегшує зміщення подальших фрустрацій (первинні сцени, народження інших дітей) до оральних конфліктів. Будь-який конфлікт між активністю і пасивністю може вилитися в порушення прийому їжі. Батьки, не можуть допомогти пристосуванню своїх дітей в оральний період, зазвичай важко і в навчанні їх охайності, з іншого боку, серед анальних заборон найбільш жорстокий заборону на взяття фекалій в рот. Якщо відмова від їжі носить особливо завзятий характер і виражає установку: «Не дозволю себе контролювати, буду харчуватися, коли захочу, і їжею, яка мені подобається», тоді залучені головним чином анальні компоненти.

Стосовно до генітальної сфери прийом їжі зазвичай несвідомо зв'язується з вагітністю, і ця символізація теж лагодить різні перешкоди споживання їжі. З огляду на те, що високий відсоток всіх «оральних теорій вагітності» заснований на вірі в з'їдання жінкою чоловічого пеніса, гальмування мстивого варіанти жіночого касаційного комплексу деколи тягне придушення харчової потреби [14].

Специфічно нелюбима їжа несвідомо символізує молоко, груди, пеніс, фекалії. Проте відмова від їжі необов'язково репрезентує витіснення оральних жадань. Певна їжа може вперто відхилятися як дійсно небажана: «Хочу не цю їжу, а іншу» або «Хочу не їжу, а любов (пеніс, або дитини)». В даному випадку виявляється не відмова від потягу, а неприйняття його заміни.

Особливі харчові табу можуть вдруге раціоналізуватися або ідеалізуватися. Вживання м'яса тварин визнається жорстоким, якісь продукти вважаються непристойними або гігієнічно небезпечними. Раціоналізації такого роду пропонуються багатьма сучасними теоріями харчування, в яких живлення пов'язується зі сферою суперего і забороняється простодушна сексуальна насолода їжею. Вживати в їжу слід «корисне», а не те, що доставляє задоволення.

Якщо в зрілому віці харчові табу не раціоналізувалася і не зафіксувалися в его-дистонічних конверсіях типу блювоти або спазму щелепних м'язів, а стали стрижнем егосинтонно патологічної поведінки, то говорять про «нервову анорексію». Анорексія неодмінно простежується до порушень прийому їжі в дитинстві, за певних умов економіки лібідо ця патологія поновлюється. Подібно відповідним порушенням в дитинстві, анорексія може мати саме різне динамічне значення. Вона зустрічається просто як істеричний симптом, що виражає страх перед орально розуміється вагітністю або несвідомими садистськими бажаннями. При компульсивном неврозі анорексія може бути складовою аскетичної реактивної освіти, при депресійно-афектним еквівалентом (зниження апетиту проявляється раніше за інших ознак депресії), при дебюті шизофренії - проявом відмови від будь-яких контактів із зовнішнім світом.

Однак при згадці про анорексію насамперед думається про дві патології. Одна з них – органний невроз внаслідок поєднання оральних конфліктів і гормональних порушень, що призводить до повної втрати апетиту і втрати ваги. Інша патологія - важке порушення розвитку его, в якому анорексія - лише один із симптомів загального розладу всіх об'єктних відносин [12].

Оскільки витіснення може проявитися або гальмуванням, або надкомпенсацією, анорексія і патологічний потяг до їжі (булімія) - родинні стани, в тому сенсі, як меланхолія і манія. Зазвичай в анамнезі харчових наркоманів в дитинстві виявляється зниження харчової потреби.

Витіснення анального еротизму створює специфічні анальні гальмування, що охоплюють соматичні функції (наприклад, запори сприяють спотвореній розрядці анально-еротичних спонукань до затримування) і породжують анальну сором'язливість і реактивну охайність. І знову гальмування такого роду нерідко поєднуються з нав'язливими замінними інтересами анального плану на якомусь іншому рівні.

Якщо витісняється скопофілія, то на передній план виступає гальмування розглядування. У крайніх випадках порушення досягає такого ступеня, що індивід фактично не здатний орієнтуватися в конкретних речах і живе в світі абстракцій. Якщо патологія не доходить до крайності, відкидається особливий клас об'єктів, наприклад речі, які нагадують про події, що колись викликали кастраційну тривогу. Страхітливі видовища часто безпосередньо гальмують розгляд, якщо лякають звуки - слухання.

Переляк, як добре відомо, паралізує. Гальмування в руховій сфері може означати переляк. Дуже часто воно означає: «Я паралізований лякаючим видовищем», тобто видовищем, яке безпосередньо свідчить про можливість кастрації або смерті. Міфи, казки, сновидіння і невротичні симптоми зображують петрифікація як специфічного покарання за скопофілічні інтереси. Камінь символізує знерухомлення, і це покарання означає відчуття моторного гальмування, викликаного переляком. Одночасно знерухомлення може передбачати смерть або кастрацію.

В генезі психогенних розладів особливе місце займає психологічний конфлікт (зовнішній чи внутрішній), патогенність якого обумовлюється нездатністю хворого вирішити його. Зовнішній конфлікт визначається зіткненням порушених відносин особистості до вимог навколишнього середовища. Внутрішній (внутрішньоособистісний) конфлікт визначається існуванням суперечливих бажань, тенденцій, мотивів і позицій особистості.

Поділ психологічних конфліктів на зовнішні і внутрішні носить умовний характер, тому що нерідко вони взаємопов'язані. Можливі такі конфліктні ситуації:

1. необхідність вибору у разі однаково бажаних цілей;

2. вимушений вибір при однаково небажаних цілях;

3. вибір мети, яка має бажані і небажані сторони [7].

Психологічний конфлікт відображає зіткнення суперечливих відносин особистості, нездатної знайти продуктивне рішення труднощів. Як правило, мова йде про значущі, домінуючі відносини особистості. Психологічний конфлікт обумовлюється перетином значущих для особистості потреб, причому їх значущість може бути зрозуміла лише з життєвої історії розвитку особистості. Патогенними психологічні конфлікти стають лише при неадекватній спрямованості відносин особи і, тим самим, її нездатністю вирішити конфліктні ситуації. Найбільш часто в якості незадоволених потреб, що обумовлюють конфлікт, виступають потреби:

1) адекватної соціальної оцінки (трудової діяльності і особистих достоїнств);

2) любовно-еротичні;

3) дружнього спілкування;

4) самовираження і самоствердження та ін. [20].

Актуальний конфлікт формується на базі психічної травми, на думку Н. Песешкіан, складається з життєвих подій і мюфотравм, роль яких виділяється цим автором особливо. До останніх відносяться, наприклад, такі, як непунктуальність, неохайність, несправедливість, непорядність, невірність учасника комунікативного процесу. Подібні мікротравми, діючи щодня і монотонно, здатні викликати і сформувати невротичну симптоматику. Таким чином, на перший план висуваються не стільки значущість або інтенсивність психотравмуючого впливу, скільки повторюваність, однотипність і тривалість мікротравм, які входять в протиріччя з уявленнями людини про «правильні якості» партнера.

ІІснують два підходи до побудови класифікації невротичних конфліктів. До першого відносяться спроби феноменології психотравмуючих обставин і оцінки їх значущості в неврозогенезі. Однак набагато більше значення, на думку багатьох сучасних дослідників, представляє класифікація по генезу, що беруть участь внутрішніх особистісних механізмів розвитку конфліктів.  
Велике клініко-психологічне значення мають основні види патогенних особистісних конфліктів. Він описує конфлікти істеричного, обсесивно-психастенічного і неврастенічного типів.

Істеричний конфлікт визначається насамперед надмірно завищеними претензіями особистості, що поєднуються з недооцінкою або повним ігноруванням об'єктивних реальних умов або вимог оточуючих. Його відрізняють перевищення вимогливості до оточуючих над вимогливістю до себе і відсутність критичного ставлення до своєї поведінки. В силу неправильного виховання у таких осіб послаблюються здатності гальмувати свої бажання, що суперечать суспільним вимогам і нормам.

Обсесивно-психастенічний тип невротичного конфлікту обумовлений перш за все суперечливими власними внутрішніми тенденціями і потребами, боротьбою між бажанням і обов'язком, між моральними принципами і особистими симпатіями. При цьому, якщо навіть одна з них і стає домінуючою, але продовжує зустрічати протидію іншій, створюються сприятливі можливості для різкого посилення нервово-психічної напруги і виникнення неврозу нав'язливих станів. Особливе значення має пред'явлення суперечливих вимог до особистості, що сприяє формуванню почуття власної неповноцінності, суперечливих життєвих відносин і приводить до відриву від життя, появі нереальних, далеких від дійсності установок.

Неврастенічний тип конфлікту є протиріччя між можливостями особистості, з одного боку, її прагненнями і завищеними вимогами до себе, з іншого.

Зазначені типи невротичних конфліктів певною мірою відповідають трьом основним формам - істерії, неврозу нав'язливих станів і неврастенії.  
Для неврастенії характерна дратівливість, слабкість нервової системи, часті головні болі. Спостерігається ослаблення уваги і психічна стомлюваність. Щодо змін особистості немає характерних тенденцій, спостерігається патогенність і зниження вольових якостей. Зростаюче погіршення зосередженості уваги результує в розладі працездатності, такий же ефект спостерігається і при підвищеній втомлюваності. При неврастенії нерідко виявляються порушення сну та сексуальної сфери [30].

Істерія, що купується в результаті психічної травми, виявляється у рухових розладах (паралічі та ін), порушеннях мови, сенсорних порушеннях (істерична сліпота, втрата нюху і слуху, гиперстезія і гіпостезія), вегетативних розладах (кишкова непрохідність, здуття живота, істерична блювота, анорексія), психічні порушення (психогенна амнезія, підвищена сугестивність). Особистість, яка страждає істерією, матиме неадекватно завищений рівень домагань, їй властивий егоцентризм, марнославство, претензійність і конфліктність.

Невроз нав'язливих станів - найбільш важковиліковна форма неврозу. Формується в результаті психотравмуючої ситуації. При неврозі нав'язливих станів індивід проявляє боязкість, боязкість і невпевненість в собі. Виявляються нав'язливі сумніви, ідеї, дії, страхи. Характеризується патологічною інертністю нервових процесів, у людей з яскраво вираженою орієнтацією на другу сигнальну систему [5].

Вчення про три типи невротичного конфлікту стало продовженням і розвитком теорії системи відносин особистості, в якій основний упор робився на вивченні механізмів «продукування психічних травм», несвідомого приписування тих чи інших життєвих подій психічного звучання з наступним афективно проявляючимся комплексом внутрішньоособистісних конфліктів. При цьому виділялася роль характерологічних особливостей.

При аналізі робіт психологів і психіатрів, націлених на виявлення специфічних преморбідних психологічних особливостей хворих неврозами, відзначається теоретична і експериментальна розробка декількох феноменів і процесів: темпераменту, характеру, особистості, а також окремих психічних функцій. Основними постачальниками неврозів є крайні варіанти норми, насамперед слабкий тип, однак не виключено їх виникнення і у представників сильного типу при значній вираженості патогенного впливу. Неврастенія виникає у людей із слабким або сильним неврівноваженним (нестримним) і підвищено-гальмівним типом, cереднім щодо сигнальних систем; істерія - у представників слабкої художнього типу з переважанням підкіркової діяльності над корковою; психастенія - у людей розумового типу з болючим переважанням кортикальної діяльності над субкортікальною.  
У сучасній психологічній та психіатричній літературі, поряд з темпераментом, велике значення в етіопатогенезі неврозів надається й іншим психологічним параметрам людини. Істотними для неврозогенеза є особливості, зокрема, акцентуації характеру. Широку популярність придбало положення В. Магнан про зворотньо пропорційній залежності між ранимістю нервової системи і масивністю психічної травми, необхідної для розвитку неврозу; чим більш ранима (чутлива), чим більше схильна («невропатізірована, психопатізірована») нервова система, тим менша інтенсивність психічної травми необхідна для її поразки. Якщо в минулому вельми поширеною була точка зору, що «постачальниками» неврозів, як правило, є психопати, а основні форми неврозів являють собою декомпенсації відповідних їм типів психопатій (істерія - істероїдна психопатія, неврастенія - астенічна психопатія, невроз нав'язливих станів - психопатія психастенічного кола), то в даний час у вітчизняній психіатрії міцно утвердилось уявлення, що неврози можуть виникати в осіб, і не страждають психопатіями, а також без скільки-небудь виражених психопатичних рис характеру. Якщо йти по шляху зближення психогенних декомпенсацій психопатій з неврозами у вузькому сенсі слова, то, природно, у випадках психопатій невроз виступає як рецидивуюче захворювання, так як психогенні зриви можуть виникати в звичайних життєвих умовах, стаючи як би кращим типом реагування. У людини ж без психопатичних особливостей невроз може бути і єдиним епізодом в житті, виникають, однак, під впливом дійсно патогенної психотравмуючої ситуації [34].

З представленою точкою зору згодні далеко не всі дослідники. Існуючий в даний час поділ неврозів і психопатій на підставі характерних для перших з них «психогенності» і «функціональності», а для других - «біологічність» і «органічності» носить суто відносний характер. Такий поділ має значення для опису клінічних форм і варіантів пограничних станів, визначення їх прогнозу, але не є принциповим для розуміння відмінностей у визначальних їх патофізіологічних механізмах. Ці механізми є радше загальними, а не різними і при неврозах, і при психопатіях. Клінічні картини, характерні для «істинних неврозів», можуть бути позначені як «невротичні синдроми» безвідносно до основного етіопатогенез захворювання в цілому. Щоб вони реалізувалися, потрібно поєднання вродженно-конституційних, соматогенно-органічних та особистісно-ситуаційних чинників у їх різній комбінації.

Якщо в питанні про значимість патологічного характерологічного «грунту» на неврозогенез існують різні точки зору, то роль акцентуацій характеру виділяється практично всіма вченими. Наявність акцентуації характеру в умовах псіхотравматизації може стати сприятливим грунтом для виникнення неврозів і невротичного розвитку. До того ж, окремим типам акцентуації характеру властиві певні форми невротичних розладів. Астеноневротичний і лабільний типи акцентуацій привертають у відповідних умовах до виникнення неврастенії; сенситивний, психастеничний і рідше астеноневротичний служать сприятливим грунтом для розвитку обсесивно-фобічного неврозу. Істеричний невроз виникає на тлі істероїдному або рідше при деяких змішаних з істероїдним типах - лабільно-істероїдному, істероїдно-епілептоїдному, рідше шизоїдно-істероїдному. Підкреслюючи значення виділення поняття «акцентуація характеру» для клініки неврозів слід зазначити, що від типу акцентуації залежать не тільки особливості клінічної картини неврозу, а й виборча чутливість до певного роду психогенних чинників, оскільки очевидно, що невротична декомпенсація може бути полегшена психотравматизацією, висуваючи надмірні вимоги до «місця найменшого опору" даного типу акцентуації [14].

У психологічних роботах аналізом особливостей темпераменту і характеру вичерпуються дослідження, привертають до неврозів факторів. Якщо ж розгляду піддаються деякі особистісні якості, то найчастіше їх коло не широке і строго визначене методико-теоретичною базою дослідження.

Було виділено три групи людей в залежності від сфери життя, яка, на їхню думку, є принципово важливою і в якій зосереджений сенс життя. Для кожної з цих груп психічні травми виявилися різними. У першій групі людей, цінності яких були зосереджені в сім'ї, психотравмуючим більшою мірою ставало розлучення, смерть родича, хвороба дитини або батьків, сімейні конфлікти. Для другої групи людей, орієнтованих на цінності кар'єри, службового статусу, невроз виникав після таких психотравм як звільнення з роботи, пониження в посаді, двійка на іспиті. Третя група людей, значущою для яких була область хобі, психотравмою ставало, наприклад, втрата колекції. В деяких психологічних роботах було відзначено, що в осіб без значних патологічних відхилень і акцентуацій характеру є особлива ступінь вираженості деяких преморбідних особливостей темпераменту, характеру і особистості. Для групи хворих на неврастенію виявилися характерними підвищена відповідальність і сумлінність в поєднанні з високою чутливістю до критики. Вони відрізнялися хорошою працездатністю і активністю при наявності високої інтенсивності та тривалості емоцій і досить вираженої тривожності. Поряд з цим, у характері хворих на неврастенію виявлялися низькі показники поступливості при середньому ступені вираженості таких якостей, як рішучість, фрустраційна толерантність і адаптивність. Хворі істерією в преморбіді відрізнялися завищеною самооцінкою, егоїстичністю і егоцентричністю, відносно високою активністю, сочетавшеюся у них з такими властивостями, як низький ступінь рішучості та цілеспрямованості і значний ступінь навіюваності і самовнушаємості. У них часто виявлялися поєднання вираженої сенситивності і тривожності з лабільністю і імпульсивністю. Висока потреба в контактах і лідерство поєднувалася із середнім ступенем поступливості і відповідальності. В преморбіді хворих неврозом нав'язливих станів звертав на себе увагу насамперед низький ступінь активності, впевненості в собі, рішучості, цілеспрямованості у поєднанні з вираженою тривожністю і підозрілістю - риси, властиві для психастенічного типу. Характерним для частини хворих було поєднання підвищеної вразливості і надмірної чутливості (при схильності до затримки зовнішніх проявів емоційних реакцій) і в зв'язку з цим наявність постійної фіксації хворих на значущих для них складних життєвих обставинах, чому сприяла також підвищена схильність їх до самонавіювання [15].

У психологічній платформі вивчення неврозогенеза можна відзначити два напрямки, які по різному оцінюють процес сприйняття і усвідомлення інформації та його роль у виникненні невротичних порушень. Перше з них дозволено позначити як акцентоване на кількісних показниках інформації, друге - на якісних. До першого слід віднести положення про «інформаційну тріаду», що лежить в основі неврозу.

В неї включаються:

1) необхідність обробки і засвоєння великого обсягу високозначимої інформації (включаючи і необхідність прийняття рішення),

2) хронічний дефіцит часу, відведеного на таку роботу мозку;

3) високий рівень мотивації.

При наявності «інформаційної тріади» закономірно виникає невроз і різноманітні психосоматичні розлади. Невроз - це «хвороба невідання», що відображає позицію про патогенетичну значущість відсутності або малої, недостатньої кількості інформації - невідання про те, що може статися з людиною в ситуації конфлікту, чого від нього чекають оточуючі і інше.

Збереження здоров'я в великій мірі залежить від обсягу фізичних і психічних навантажень. Якщо навантаження перевищують нервово-психічні можливості, то рано чи пізно це призведе до ослаблення нервових процесів. І тоді людина, що володіє збудливим типом нервової системи (холерик), майже зовсім втрачає здатність загальмовувати свої реакції, робиться незвичайно збудженою. Флегматик, у якого гальмування переважає над збудженням, стає пасивним, тривожним. Особливо часто невротичні стани виникають у людей зі слабким типом нервової системи (меланхоліків).

Одним з характерних ознак невротичного стану є так званий астенічний синдром, при якому спостерігаються погіршення пам'яті, ослаблення уваги, зниження фізичної та розумової працездатності, підвищена стомлюваність, головні болі, дратівливість, емоційна нестійкість з різкими змінами настрою.  
Вельми частою причиною невротичних розладів є хронічний емоційний стрес, викликаний невмінням або небажанням знайти правильний тон в повсякденному спілкуванні людей один з одним. Такого роду конфлікти не завжди виражаються гучними сварками, лайкою, скандалами. Вони можуть проходити і на «високому інтелектуальному рівні», коли зовнішні вираження невдоволення, роздратованості, гніву загальмовуються і виявляються «лише» неблагожелательними репліками, інтонаціями. Але і в цих випадках негативні емоції впливають на здоров'я учасників конфліктної ситуації [10].

Профілактикою подібних неврозів є «вміння жити серед людей», тобто вміння доброзичливо ставитися до всіх членів своєї родини і виробничого колективу, не приділяти занадто багато уваги чужим помилкам (частіше згадувати при цьому про свої помилки), а головне - вміти швидко «гасити» роздратування, гнів, переключати увагу на інші, більш спокійні і приємні об'єкти.

Уміння жити серед людей у ​​спадок не передається. Цьому треба вчити, як тільки дитина починає говорити і встановлюються перші контакти між ним і матір'ю або іншою людиною, його вихователем. У дітей вже в самому ранньому віці можуть виникати різні труднощі у відносинах з оточуючими їх людьми, що нерідко призводить до появи дитячих неврозів. Так, наприклад, невротичні стани можуть розвинутися, якщо старша дитина важко переживає тепліші почуття батьків до молодших дітей у сім'ї, якщо дитина - свідок конфліктів між матір'ю і батьком, якщо він бачить поведінку п'яного батька і переживає сором за нього, якщо чує брехню дорослих.

Неправильне виховання дитини призводить до серйозних емоційних розладів, які розцінюють як «соціопатії». На жаль, симптоми неврозу в дітей іноді сприймаються батьками і вчителями як прояв поганого характеру і розбещеності [10].

Причини виникнення неврозів у дорослих майже ті ж, що і у дітей: ревнощі, сором, тривога і страждання через пияцтво близьких, конфлікти в сім'ї, спілкування вдома, на роботі, у сфері обслуговування з людьми, що мають важкий характер, переживання у зв'язку з хворобою близької людини або своїм власним недугом, різні страхи. Невроз може бути викликаний також і конфліктом людини з самим собою: хочу бути актором, а обдарування немає; хочу бути «головним», «старшим», а полінувався закінчити інститут або не хочеться працювати над собою; хочу залишитися конструктором, а погодився стати начальником бюро, так як не зміг відмовитися і т. д. Можуть бути й такі ситуації: флегматик працює диспетчером і знемагає від необхідності швидко приймати рішення; холерик-педагог втомлюється від необхідності стримуватися, щоб різко не відчитати кожного ледаря чи терпляче чекати, поки сором'язливий учень почне, нарешті, відповідати. Меланхолік подумки лає себе за те, що не зміг відмовитися від громадського доручення, хоча йому важко виконувати навіть основну роботу.

Сприяючим фактором, який «підготовляє» організм до неврозу, може бути тривала фізична або розумова перевтома. Одна з причин цього - невміння вчасно переключатися з роботи на відпочинок (особливо шкідливо накопичення втоми протягом декількох місяців, а тим більше років), поєднання виробничої діяльності та учіння, інтенсивна робота над дисертацією, тривалий виснажливий догляд за важко хворою людиною, хронічний поспіх - вічний цейтнот (часто через невміння правильно розподілити свій час) і т. п. Крім того, нервова перевтома може бути викликана травмуючим впливом шуму, який постійно супроводжує життя сучасної людини, особливо міського жителя.

Дійсно, жителі великого міста з раннього ранку чують шум від кухонного обладнання, вентиляції, ліфтів, водопровідної та каналізаційної мережі. По дорозі на роботу, незалежно від виду використовуваного транспорту (автомобіль, автобус, трамвай, метро), на них впливає шум інтенсивністю до 90 дБ і вище. На виробництві дратує шум верстатів, трансформаторів та інших видів промислового устаткування.

Повертаючись додому, городяни знову отримують чергову порцію транспортного шуму, а вдома їх чекає телевізор, магнітофон, радіо, за стіною чути голоси сусідів. Навіть протягом перших нічних годин чути вуличний шум. І тільки деякі передранкові години проходять у відносній тиші.  
Про руйнівну дію шуму на організм людини відомо давно. Але особливу гостроту ця проблема придбала за останні десятиліття, коли високий шумовий фон став не менш небезпечною і руйнівною формою забруднення навколишнього середовища, ніж отруєння водойм і повітря шкідливими хімічними речовинами [26].

Шум впливає на людину двояко. По-перше, тривалий вплив шуму може викликати погіршення і навіть втрату слуху в результаті руйнування (від перевтоми) рецепторів слухового нерва - мікроскопічних волоскових клітин, які передають звук з вуха в мозок. Зруйновані клітини згодом вже не відновлюються. По-друге, постійна дія шуму викликає різноманітні негативні психологічні реакції - роздратування, неуважність, психічна перевтома. Якщо людина, що знаходиться під впливом будь-яких неприємностей у пригніченому стані, піддається інтенсивному впливу шуму, то це значно погіршує її самопочуття і може підсилити емоційне напруження.

Клінічні дослідження показали, що надмірний або дуже тривалий шум може викликати підвищення артеріального тиску, почастішання серцебиття, розширення зіниць, запаморочення і навіть психічні порушення.  
У період втоми, поганого настрою у зв'язку з неприємними переживаннями, на тлі дії сильних звукових подразників, під час захворювань і травм, після алкогольного сп'яніння нервові процеси слабшають, і це відразу виявляється на всіх сторонах діяльності центральної нервової системи, але передусім у сфері вищих мозкових функцій. З'являється дратівливість, змінюється поза (голова опускається, плечі сутуляться), хода стає важкою, змінюється почерк, стають утрудненим точні рухи рук, може з'явитися заїкання, порушується терморегуляція (наприклад, в період важких переживань деякі відчувають мерзлякуватість).

Як ми вже знаємо, психічні процеси, що протікають в корі великих півкуль головного мозку, надають за посередництвом гіпоталамуса і ретикулярної формації різнобічний вплив на внутрішні органи і емоційну сферу. Тому нервово-емоційна напруга може бути однією з перших і найважливіших причин втрати загального почуття здоров'я, радості життя, «внутрішнього спокою», комфортного стану [23].

При розвитку неврозу порушується ієрархічний принцип управління функціями організму, що проявляється в неузгодженості м'язової діяльності і функцій внутрішніх органів, наприклад серцево-судинної системи. У цих випадках невелике фізичне навантаження може супроводжуватися надто інтенсивною реакцією серця і судин: серце починає битися дуже часто, тиск крові зростає більше, ніж необхідно, а після закінчення роботи воно падає набагато нижче норми. При цьому людина іноді відчуває болі в області серця, викликані тим, що занадто інтенсивна робота серця, не супроводжується відповідною м'язовою діяльністю, не забезпечується достатнім припливом крові до самого серцевого м'язу і тому в ньому розвивається кисневе та енергетичне голодування. Прояв такої неузгодженості називають «вегетативним неврозом» або вегетосудинною дистонією.

Хворі неврозами часто скаржаться на головні болі, безсоння, неприємні сновидіння, почуття тяжкості при ранковому пробудженні (млявість, розбитість, втому з самого ранку), швидку стомлюваність, слабкість, постійне очікування нещастя, страхи, відчуття невпевненості, дратівливості, песимізм, часті конфлікти вдома і на роботі, погану пам'ять, неуважність, сльозливість (в кіно, над книгою, від розчулення), різні неприємні відчуття у внутрішніх органах, стомлююче уявне пережовування перенесених у минулому образів (подій, конфліктів, помилок), невдоволення своїм характером - вразливістю, уразливістю, запальністю, підозрілістю.

При неврозах, особливо з вираженими вегетативними проявами, лікарська терапія часто має менший успіх, ніж усунення травмуючих факторів або зміну ставлення до них, нормалізація способу життя.

Оскільки захворювання нервової системи зазвичай розвиваються на тлі втоми (перевтоми), вміння попереджати його є кращою профілактикою неврозів [18].

Насамперед необхідний раціональний режим праці. Людям середнього, похилого віку (а також молодим зі слабкою нервовою системою) слід виробити в собі вміння правильно оцінювати свої сили і можливості. Необхідно пам'ятати, що відпочинок має йти попереду стомлення, повинен бути його профілактикою, а не лікуванням. При своєчасному перемиканні на відпочинок досить привести себе на 5-15 хв в стан розслаблення (релаксації), щоб повністю відновити сили і знову продовжувати успішно працювати.

Коли ж людина свідомо не управляє собою, прагне якомога швидше, у щоб то не стало закінчити всю роботу і не дозволяє собі своєчасного відпочинку, він підриває здоров'я, перевтомлює мозок і серце, хоч і пишається своєю витримкою («От уже зроблю, потім як слід відпочину» або: « Ні, я так не визнаю, я повинен все зробити, а тільки потім вже відпочивати»). Але він забуває, що старі звички вироблялися в молодому віці, коли сил було більше, а мудрості менше. Тому таку звичку треба залишити і виробити нову: вся робота повинна бути зроблена, але з перервами для відпочинку.

У цьому дуже допомагає навіювання думки: «Я перестав поспішати - все встигаю». Як тільки людина навчиться працювати без перевтоми, відпочинок після трудового дня буде для нього радісним. Коли не буде роздратування від утоми, він із задоволенням піде на вечірню прогулянку перед сном, буде готовий до жарту, посмішці, спокійного спілкування.

Придбання душевного спокою і врівноваженості - кращий засіб збереження або відновлення здоров'я та працездатності.

Уникнути втоми, а також нервового перенапруження і конфліктних ситуацій, які є головними причинами невротичних станів, допоможуть заняття аутогенним тренуванням. Лікувальні навіювання та самонавіювання дозволяють створити у себе нову установку, яка сприяє формуванню правильної поведінки і нормалізує функції внутрішніх органів. Дуже корисні дозовані фізичні навантаження, гартують процедури.

Поєднання аутогенного тренування, раціонального режиму праці та відпочинку, дозованих фізичних навантажень і загартовування організму є дієвим шляхом збереження здоров'я, лікування і, що найважливіше, профілактики не тільки невротичних станів, а й таких поширених захворювань, як гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки [28].

* 1. **Психологічні особливості юнацького віку**

Розвиток людини в термін юності може крокувати кількома шляхами. Юність може бути бурхливою: пошуки сенсу життя, свого місця в цьому світі можуть стати особливо напруженими. Деякі старшокласники плавно і безперервно просуваються до переломного моменту життя, а потім відносно легко включаються в нову систему відносин. Вони більше цікавляться загальноприйнятими цінностями, більшою мірою орієнтуються на оцінку оточуючих, авторитет дорослих. Можливі й різкі, стрибкоподібні зміни, які завдяки добре розвиненій саморегуляції не викликають складнощів у розвитку. Але всі юнаки в силу невеликого життєвого досвіду відрізняються більшою глибиною переживань, ніж дорослі.

При переході від підліткового віку до юнацького відбувається зміна у ставленні до майбутнього: якщо підліток дивиться на майбутнє з позиції сьогодення, то юнак дивиться на сьогодення з позиції майбутнього. Вибір професії та типу навчального закладу неминуче диференціює життєві шляхи юнаків та дівчат, закладає основу їх соціально-психологічних та індивідуально-психологічних відмінностей. Навчальна справа стає навчально-професійною, реалізує професійні та особистісні устремління юнаків та дівчат. Провідне місце у старшокласників займають мотиви, пов'язані з самовизначенням і підготовкою до самостійного життя, з подальшою освітою і самоосвітою. Ці мотиви набувають особистісний сенс і стають значущими [5].

У юнацькому віці в перший раз серйозно постає питання про шлюб та сім'ю. Юнаки і дівчата починають обирати собі партнера для майбутнього сімейного життя.

Все перераховане вище стає основою для сильних переживань, повязаних з оволодінням своєю поведінкою, своїми перспективами і, поки хай невеликим, але вже наявним життєвим досвідом. Юнацький вік характеризується більшою диференційованністю емоційних реакцій і способів вираження емоційних станів, а також підвищенням самоконтролю та саморегуляції. До них відносяться особлива підліткова сензитивність - чутливість до оцінки іншими своєї зовнішності, здібностей, умінь і, поряд з цим, зайва самовпевненість і надмірна критичність щодо оточуючих. Юнацький вік повязаний з потребою в спілкуванні, потребою праці й здатністю трудитися. Всі ці якості утворюють психологічну базу для самовизначення особистості - центрального новоутворення раннього юнацького віку.

Один з найхарактерніших моментів розвитку сучасних старшокласників полягає в крайній нерівномірності, не одночасності, які проявляються як на межіндивідуальному рівні, так і на внутрішньоіндівідуальному (різні системи організмів дозрівають в різні терміни, не збігається пора настання фізіологічної, інтелектуальної і соціальної зрілості) рівні. Такого роду ситуація впливає на його поведінку і психіку, нерідко граючи патогенну роль у виникненні емоційних порушень і труднощів розвитку. Таким чином відбувається не стільки формування окремих психічних функцій, скільки кардинальні зміни у самій структурі та змісті особистості старшого школяра.

Юнацький вік - термін життя людини між підлітковим віком і дорослістю. Психологи відрізняють у визначенні вікових меж юності. У західній психології переважає традиція об'єднання від-рочества і юності у віковій термін, званий періодом дорослішання, змістом якого і є перехід від дитинства до дорослості, і кордони якого можуть сягати від 12/14 до 25 років.

У вітчизняній науці молодість визначається в межах 14 - 18 років і розглядається як самостійний термін розвитку людини, її особистості та індивідуальності. Вік 15 - 17 років називають раннім юнацьким або віком ранньої юності.

Особливості психічного розвитку в ранньому юнацькому віці, багато в чому, пов'язані зі специфікою соціальної ситуації розвитку, суть якої сьогодні відзначається в тому, що суспільство ставить перед молодою людиною нагальнє, життєво важливе завдання здійснити саме в той самий термін професійне самовизначення, причому не тільки у внутрішньому плані у вигляді мрії, наміри кимось стати в майбутньому, а в плані реального вибору. Якщо раніше ця проблема вирішувалася переважно сім'єю і школою, то сьогодні, батьки часто бувають дезорієнтованими в питанні вибору професії та несанкційовані в очах дитини.

Принципово важливу характеристику сучасної ситуації є те, що пережитий нами історичний період у розвитку дитинства може бути охарактеризований як кризісний, він бачить суть цієї кризи в розриві, расходженні освітньої системи та системи дорослішання. Ніде той самий розрив не видно настільки яскраво, як у строк ранньої юності. Дорослішання проходить за межами освітньої системи, а освіта - за межами системи дорослішання. Можливо існування двох провідних діяльностей. Питання про провідну діяльність в термін ранньої юності, яке і вічно було дискусійним, на сьогодняшній день залишається відкритим.

Завдання вибору майбутньої професії, професійного самовизначення принципово не може бути успішним але вирішеним без і за межами вирішення більш широкого завдання особистістного самовизначення, що включає побудову цілістного задуму життя, самопроектування себе в майбутнє. Сам перехід від підліткового до раннього юнацького віку вона пов'язувала зі зміною ставлення до майбутнього. Вона стверджує, що підліток дивилися рит на майбутнє з позиції сьогодення, а юнак чи дівчина дивиться на сьогодення з позиції майбутнього.

Вирішення цих центральних для даного віку завдань позначається на всьому процесі психічного розвитку, включаючи розвиток не тільки мотиваційної сфери, а й розвиток пізнавальних процесів. До п'ятнадцяти-шістнадцяти років загальні розумові здібності вже сформовані, однак протягом раннього юнацького віку вони продовжують удосконалюватися. Юнаки та дівчата опановують складними інтелектуальними операціями, збагачують свій понятійний апарат, їх розумова справа стає більш стійкою і ефективною, наближаючись в цьому відношенні до діяльності дорослих. Специфікою віку є швидкий розвиток спеціальних здібностей, нерідко прямо пов'язаних з обраною професійною областю. Диференціація спрямованості інтересів робить структуру розумової діяльності юнака чи дівчини набагато більш складною і індивідуальною, ніж у більш молодших віках. У юнаків той самий процес починається раніше і виражений яскравіше, ніж у дівчат. Спеціалізація здібностей та інтересів робить більш помітними і багато інших індивідуальних відмінностей [46].

У ранньому юнацькому віці триває процес розвитку самосвідомості. В юності відкриття себе як неповторної індивідуальності нерозривно пов'язане з відкриттям соціального світу, в якому має існувати. Звернені до себе в процесі самоаналізу, рефлексії питання у юнака на відміну від підлітка частіше носять світоглядний характер, стаючи елементом соціально-морального чи особистісного самовизначення. Багато психологів саме самовизначення розглядають як основне новоутворення, підсумовуюче ранню молодість. Оскільки ми не поділяємо існуючої думки про те, що в ранній юності завершується процес особистісного розвитку, і оскільки, з нашої точки зору, процеси особистісного і життєвого самовизначення проявляються і в наступних віках, ми вважаємо, що головним новотвором ранньої юності є готовність (здатність) до особистісного і життєвого самовизначення.

Таке уявлення про центральнe новоутворення раннього юнацького віку по суті близько поданням про ідентичність - поняття, найбільш часто зустрічається при описі цього віку зарубіжними дослідниками. Найвідоміший американський психолог Е. Еріксон, який ввів в ужиток це поняття, розуміє ідентичність як тотожність людини самій собі і цілісність. Ідентичність - це почуття набуття, адекватності та володіння особистістю власним Я, незалежно від зміни ситуації. Юність Е. Еріксон пов'язує з кризою ідентичності, яка відбувається в той термін життєвого циклу, коли кожна молода людина повинна виробити з дієвих елементів дитинства і надій, пов'язаних з передбачуваним повноліттям, свої головні перспективи і шлях, тобто певну працюючу цілісність; він повинен визначити значущу подібність між тим, яким він припускає бачити себе сам, і тим, що за свідченням його загостреного почуття очікують від нього інші.

Якщо молода людина успішно справляється із завданням набуття ідентичності, то в нього з'являється відчуття того, хто він є, де перебуває і куди йде. В іншому випадку виникає "плутанина ролей", або "сплутана ідентичність". Часто "сплутана ідентичність" буває результатом важкого дитинства або важкого побуту. Дослідження показали, наприклад, що дівчата, які виявляють в цьому віці сексуальну розбещеність, дуже часто мають фрагментарним поданням щодо своєї особистості і свої безладні поло-ші зв'язку не співвідносять ні зі своїм інтелектуальним рівнем, ні з системою цінностей. В деяких випадках юнаки і дівчата прагнуть до "негативної ідентичності", тобто ототожнюють себе з образом, протилежним тому, який хотіли б бачити батьки, друзі. На думку Е. Еріксона, в пошуку власної ідентичності краще більш того ідентифікувати себе з хіпі, з малолітнім злочинцем, більш того з наркоманом, ніж взагалі не знайти свого Я, своєї ідентичності.

Особливістю юності можна назвати близькість її до історії країни, особливу співзвучність епосі.

Т. Томе пропонує розрізняти два принцпіально різних типи розвитку в юнацькому віці: прагматичний і творчий. Для першого характерна орієнтація на доцільність і на відхід від джерел неспокою, чому суб'єктивно надається першорядна роль. Такий розвиток не можна назвати реально індивідуальним розвитком, тому що особистість такої молодої людини прагне до гомеостатичної рівноваги.

Самовизначення юнаків відрізняється тим, що вони вже починають працювати, реалізуючи ці плани, стверджуючи той чи інший спосіб життя, починаючи освоювати обрану професію.

В юності майже в кожної людини трапляються перше кохання і перша приятелювання - події та пов'язані з ними переживання, які не тільки залишаються в пам'яті людини, а й впливають на все його життя.   
Юність - унікальний термін входження людини у світ культури, коли він має не тільки інтелектуальну, але і фізичну ймовірність багато читати, подорожувати, ходити в музеї, на концерти, як би заряджаючись енергією культури на все подальше життя. Якщо той самий шанс упус-кається в юності, часто в подальшому буває неможливим таке свіже, інтенсивне і вільне, не пов'язане професійними, батьківськими або будь-якими іншими потребами прилучення до культури.

Юність цінують всі - це вік, з яким скорботно розлучатися, в який багато хто хотів би повернутися, який в цьому сенсі більш того небезпечно переоцінюється у збитки іншим віку.

Але ця суб'єктивна та об'єктивна цінність і значимість юності роблять особливо важливим успішне вирішення завдань розвитку, які ставляться перед людиною в ранній юності. Дослідниками називаються різні завдання, що залежать від загальної концепції вікового розвитку, розділяються тим чи іншим автором, і від конкретно-історичних умов розвитку особистості на даному віковому етапі [33].

Виокремимо такі основні завдання розвитку в ранній юності:

1.Набуття почуття особістісної тотожності и цілісності (ідентичності);

2. Набуття психосексуальнї ідентичності - усвідомлення и самовідчуття себе як гідного представника певної статі, а також відбір майбутнього шлюбного партнера;

3. Професійне самовизначення – оригінальне та незалежне визначення життєвих цілей і вибір майбутньої професії.

Розвиток готовності до життєвого самовизначення, що передбачає достатній рівень розвитку ціннісніх уявлень, вольової сфери, самостійності та відповідальності. Все це дозволяє "включитися" в світ дорослих [5].

**Розділ 2**

**ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО НЕВРОТИЧНИХ КОНФЛІКТІВ У ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ**

**2.1. Методичні заходи та процедура констатувального експерименту**

Емпіричною базою експерименту послужили студенти Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля в кількості 30 осіб. Середній вік досліджуванних - 20 років. Експеримент проводився в умовах університетської аудиторії, час на виконання завдань був обмежений однією "парою" - одну годину двадцять хвилин.

Було використано наступні методики:

1)методика експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хеса;

2) методика діагностики рівня невротизації Л. І. Васермана;

3) методика діагностики рівня тревожності Дж. Тейлора;

4) методика діагностики акцентуацій характера К. Леонгарда.

Методика експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хеса вивчає верогідність неврозу у людини. Методика містить 40 питань та тверджень, на які потрібно відповісти "так" чи "ні" (див. Додаток А).

К. Хек і Х. Хес виділили наступну верогідність неврозу:

1) низька верогідність неврозу – свідчить про те, що людина не схильна до неврозу.

2) середня верогідність неврозу - свідчить про те, що в людини можуть бути неврози, але явної схильності немає.

3) висока верогідність неврозу - свідчить про те, що людина схильна до неврозів.

При обробці результатів підраховують кількість позитивних відповідей.

Інтерпритація результатів:

0-23 балів.

Дана кількість відповідає низькій невротизації і свідчить про емоційну стійкість, про позитивні переживання (спокій, оптимізм), про ініціативність, про почуття власної гідності, незалежності, соціальної сміливості, про легкість у спілкуванні.

24 і більше балів.

Дана кількість відповідає високій імовірності неврозу (невротизації) і свідчить про виражену емоційну збудливість, в результаті чого з'являються негативні переживання (тривожність, напруженість, неспокій, дратівливість, розгубленість), про безініціативність, яка формує переживання, пов'язані з незадоволеністю бажань, про езопову особистісну спрямованість, що призводить до іпохондричної фіксації на соматичних відчуттях і особистісних недоліках, про труднощі в спілкуванні, про соціальну боязкість і залежність.

Розрізняють три форми неврозів: неврастенію, істерію (істеричний невроз) і невроз нав'язливих станів.

Неврастенія з'являється внаслідок ослаблення нервової системи (причини можуть бути різними), в результаті перенапруги дратівливого або гальмівного процесу, або в разі їх надмірної рухливості. Таким чином, має місце дефект в системі, яка проводить енергію емоцій: як тільки енергія виникає під впливом значущих внутрішніх або зовнішніх впливів, вона "розтікається" по внутрішнім органам і в різні підструктури особистості, спонукає їх дуже активно діяти.

Цей невроз виникає головним чином у віці 20-40 років, трохи частіше у чоловіків, ніж у жінок в умовах виснажливих розумових і фізичних навантажень, тривалої перевтоми, особистих переживань, конфліктів, тобто в широкому сенсі слова в психогенних умовах.

Сказане підтверджується відомими симптомами неврастенії:

- дратівлива слабкість - нестриманість, бурхливі реакції, спалахи збудження, сльозливість, нездатність чекати, діяти спокійно і обачно, млявий контроль за емоціями;

- розлад сну: сон не освіжаючий, сонливість вдень і вночі;

- розлад передумов інтелектуальної діяльності: увага пасивна, не здатність зосереджуватися, погане запам'ятовування, важко думати; можливі втрати думки;

- зниження настроїв і активності: тужливість, млявість, безвольність, зосередженість уваги на своїх станах;

- загострення або поява некомунікативних властивостей характеру: конфліктність, категоричність, суперечливість, боязкість, залежність, конформність (сугестивність під впливом думок оточуючих), невдоволення оточуючими;

- поява некомунікабельних форм поведінки: егоцентризм, перебільшені емоції, аутичність настрою і умовиводи, нонсінергічний і антісінергічний стиль спільної діяльності;.

- зниження морального рівня: мстивість, злочинність,   
безпринципність, втрата морального контролю;

- огрубіння особистості: звуження сфери інтересів, зниження працездатності, почуття неповноцінності.

Істерія (істеричний невроз). На тлі ослабленої нервової системи відзначаються не тільки порушення на рівні ряду підструктур особистості, а й на рівні психічної організації індивіда - елементарних систем життєзабезпечення і відображення дійсності. Потужні та постійні енергетичні потоки, викликані надзвичайно значимими зовнішніми або внутрішніми впливами, тобто психотравмуючими обставинами, виводять з ладу системи адекватного реагування. Істеричний невроз являє собою групи рухових, сенсорно-чутливих і вегетативних розладів невротичного регістру, які виникають під впливом (різної сили) гострих психічних травм і менш сильних, але довготривалих неприємних впливів. Виникає він, в основному, у молодому віці і значно частіше - у жінок, ніж у чоловіків. Симптоматика істеричних неврозів така:

- загострена реактивність нервової системи: підвищена вразливість і чутливість, нестійкість настроїв;

- зниження критичності розуму: підвищена сугестивність і самовнушіння, беззвітність поведінки;

- емоційно-афективні розлади: страхи, астенія, іпохондрія, пригнічений настрій;

- розлади інтелекту: "випадання", "витіснення" з пам'яті всього, що пов'язано з психотравмуючими обставинами і, як наслідок, порушення логіки відносин з оточуючими;

- сенсорні порушення: істерична сліпота, глухота, зниження або підвищення чутливості;

- рухові порушення: судомні напади, парези, паралічі, гіперкінези, контрактури [6].

Невроз нав'язливих станів характеризується тим, що на тлі зазначених невротичних ознак слабкості нервової системи розвиваються порушення свідомості у вигляді стереотипії відображення дійсності. Психічне відображення втрачає адекватність, гнучкість, розумний початок і підпорядковується підсвідомим переживанням за благополуччя індивіда - страхам (фобіям).

Ознаки неврозу нав'язливих станів:

- підвищена дратівливість: втомлюваність, загостреність емоційних реакцій, непереносимість сильних подразників (шум, крик, зауваження, вимоги і т. п.);

- знижений настрій: безнадійність, почуття неповноцінності, приреченості, безвихідності;

- порушення в cфepі інтелекту: слабкість уваги, труднощі концентрації;

-порушення сну;

- стереотип відображення дійсності (окремих її аспектів): нав'язливі ідеї, думки, уявлення, потяги;

- стереотипні негативні очікування (тобто страхи): кардіофобія - боязнь серцевих захворювань, зупинки серця, підвищена увага до його роботи; канцерофобія - боязнь захворіти на рак, клаустрофобія - страх замкнутого простору і т. д. Зустрічаються одноразові приступи хвороби, рецидиви або форми безперервної течії (частіше);

- стереотипні дії: у вигляді примітивних нав'язливих фізіологічних дій, так званих тиків, коли людина, наприклад, без потреби проводить рукою по голові (як би поправляючи зачіску), відкидає голову назад, повертає її в сторону, надаючи цим рухам зовнішню необхідність їх вчинення тепер; або у вигляді складних нав'язливих дій і ритуалів [32].

Методика діагностики рівня невротизації Л. І. Васермана (див. Додаток Б) спрямована на діагностику рівня невротизації особистості. Питання для визначення рівня невротизації в цій методиці мають орієнтовний характер. Методика побудована у формі традиційного опитувальника. Містить 40 питань, на які треба відповісти - "так" (+), " ні" (-). Час тестування – 15-20 хвилин. Підраховується кількість відповідей "так". Чим більший отриманий результат, тим вище рівень невротизації.

Високий рівень невротизації – від 20 і вище;

Середній рівень невротизації – від 10 до 19;

Низький рівень невротизації – від 1 до 9.

Високий рівень невротизації свідчить про виражену емоційну збудливість, в результаті чого з’являються негативні переживання (тривожність, напруженість, неспокій, розгубленість, дратівливість); про безініциативність, яка формує переживання, пов’язані з незадоволеністю бажань; про езопову особистісну спрямованість, що призводить до іпохондрічної фіксації на соматичних відчуттях і особистісних недоліках; про труднощі в спілкуванні; про соціальну боязкість і залежність [6].

Низький рівень невротизації свідчить: про емоційну стійкість; про позитивні переживання (спокій, оптимізм); про ініціативність; про почуття власної гідності; незалежності, соціальної сміливості; про легкість у спілкуванні [5].

Методика діагностики акцентуацій характеру К. Леонгарда (див. Додаток В) складається з тверджень, які стосуються вашого характеру. Цей тест призначений для виявлення типу акцентуації характеру, тобто певного напряму характеру. Акцентуації розглядаються як крайній варіант норми, в чому полягає їх головна відмінність від психопатій - патологічних розладів особистості. Опитувальник включає в себе 88 питань, 10 шкал, які відповідають певним акцентуаціям характеру. Перша шкала характеризує особистість з високою життєвою активністю, друга шкала показує збудливу акцентуацію. Третя шкала говорить про глибину емоційного життя випробовуваного. Четверта шкала показує схильність до педантизму. П'ята шкала виявляє підвищену тривожність, шоста - схильність до перепадів настрою, сьома шкала говорить про демонстративність поведінки випробовуваного, восьма - про неврівноваженість поведінки. Дев'ята шкала показує ступінь стомлюваності, десята - силу і вираженість емоційного реагування [5].

Перед проведенням опитування дається інструкція: якщо ви згодні з твердженням, поряд з його номером поставьте знак + («так»), якщо ні – знак – («ні»). Над питаннями довго не замислюйтеся, правильних і неправильних відповідей немає.

Час відповідей не обмежується.

При підрахунку балів по кожній шкалі опитувальника К. Леонгарда для стандартизації результатів значення кожної шкали множиться на певне число. Це зазначено в ключі до методики. Акцентуйовані особистості не є патологічними. Вони характеризуються виділенням яскравих рис характеру.

**Ключ:**

1. Г-1 Гіпертіми х3 (помножити значення на 3) + 1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77; -: немає

2. Г-2 Збудливі х2 +: 2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81; -: 12, 46, 59

3. Г-3 Емотивної х3 +: 3, 13, 35, 47, 57, 69, 79; -: 25

4. Г-4 Педантичні х2 +: 4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83; -: 36

5. Г-5 Тривожні х3 +: 16, 27, 38, 49, 60, 71, 82; -: 5

6. Г-6 Ціклотімні х3 +: 6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84; -: немає

7. Г-7 Демонстративні х2 +: 7, 19, 22, 29,41,44, 63, 66, 73, 85, 88; -: 51

8. Г-8 Неврівноважені х3 +: 8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86; -: немає

9. Г-9 Дистимні х3 +: 9, 21, 43, 75, 87; -: 31, 53, 65

10. Г-10 Екзальтовані х6 +: 10, 32, 54, 76; -: немає [29].

Після обробки анкет записується число балів, отримане для кожного типу акцентуації. Максимально можливе число балів дорівнює  
24.

18-24 бали - виражена акцентуація по даному типу.

12-17 балів - прихована акцентуація.

Менше 12 балів - відсутність акцентуації з даного типу.

Опис акцентуацій по К. Леонгарду:

1.Гіпертимічний тип. Характеризується хорошим, злегка підвищеним настроєм, контактністю, балакучістю, оптимізмом. У нього високий тонус, він енергійний, активний і виявляє прагнення бути лідером, легко адаптується в незнайомій обстановці.

Однак він нестійкий в інтересах, недостатньо розбірливий в знайомствах, погано переносить самотність, не любить одноманітність, дисципліну, вимушене неробство, монотонну роботу, часто переоцінює свої можливості, може бути ініціатором конфліктів, бурхливо реагуючи на події, відрізняється підвищеною дратівливістю.

2. Тривожно-боязкий тип. Нерішучий, мало контактний, боязкий, невпевнений у собі, схильний до мінорного настрою. Він рідко вступає в конфлікти з оточуючими, граючи в них в основному пасивну роль, в конфліктних ситуаціях шукає підтримки та опори. Схильний до поглибленого самоаналізу і появі нав'язливих станів.

Людина з цим типом акцентуації характеру, нерідко володіє привабливими рисами: дружелюбністю, самокритичністю, ретельністю. Внаслідок своєї беззахисності нерідко служить "козлом відпущення", мішенню для жартів.

3. Дистімічний тип. Мало контактний, небагатослівний, з домінуючим песимістичним настроєм. Він зазвичай домосід, тяготиться гучним суспільством, рідко вступає в конфлікти з оточуючими, веде замкнутий спосіб життя.

Люди з такою акцентуацією характеру високо цінують тих, хто з ними дружить, і готові їм підкоритися. Риси особистості, привабливі для партнерів по спілкуванню: серйозність, сумлінність, загострене почуття справедливості. Негативні риси - пасивність, сповільненість мислення, неповороткість, індивідуалізм.

4. Педантичний тип. У конфлікти вступає рідко, виступаючи в них скоріше пасивною, ніж активною стороною. На службі - бюрократ, пред'являє оточуючим багато формальних вимог, але охоче поступається лідерством іншим людям. Даному типу акцентуації характеру властиво переводити домашніх надмірними претензіями на акуратність.

Привабливі риси: сумлінність, акуратність, серйозність, надійність у справах. Негативні, які і сприяють виникненню конфліктів риси - формалізм, занудливість, бурчання.

5. Збудливий тип. Даному типу властива низька контактність у спілкуванні, сповільненість вербальних і невербальних реакцій. Люди цього типу нерідко зануди, схильні до хамства і брані, до конфліктів, в яких самі є активною, що провокує, стороною. Вони незлагідні в колективі, владні в сім'ї.

У емоційно спокійному стані люди з цим типом акцентуації характеру, часто сумлінні акуратні, люблять тварин і маленьких дітей. Проте в стані емоційного збудження вони бувають дратівливими, запальними, погано контролюють свою поведінку [3].

6. Емотивний тип. Маючи виражену акцентуацію характеру за даним типом, люди віддають перевагу спілкуванню у вузькому колі обраних, з якими встановлюються хороші контакти, яких вони розуміють "з півслова". Рідко самі вступають в конфлікти, граючи в них пасивну роль. Образи носять в собі, "не вихлюпують" назовні.

Привабливі риси: доброта, милосердя, радіють чужим успіхам, загострене почуття обов'язку, старанність. Негативні риси: надмірна чутливість, сльозливість.

7. Застрягаючий тип. Його характеризує помірна товариськість, занудливість, схильність до моралі, неговіркість. В конфліктах зазвичай виступає ініціатором, активною стороною. Прагне досягти високих показників у будь-якій справі, за яку береться, пред'являє підвищені вимоги до себе.

Особливо чутливий цей тип акцентуації характеру до соціальної справедливості, разом з тим уразливий, уразливий, підозрілий, мстивий. Іноді надмірно самовпевнений, честолюбний, ревнивий, пред'являє непомірні вимоги до близьких і до підлеглих на роботі.

8. Демонстративний тип. Цьому типу акцентуації характеру властива легкість встановлення контактів, прагнення до лідерства, жадання влади і похвали. Він демонструє високу пристосовність до людей і разом з тим схильність до інтриг (при зовнішній м'якості манери спілкування). Такі люди дратують оточуючих самовпевненістю і високими домаганнями, систематично самі провокують конфлікти, але при цьому активно захищаються.

Привабливі риси для партнерів по спілкуванню: ввічливість, артистичність, здатність захопити інших, неординарність мислення і вчинків. Їх негативні риси: егоїзм, лицемірство, хвастощі, ухиляння від роботи.

9. Циклотимічний тип. Схильний до частої зміни настрою, зміни манери спілкування з оточуючими людьми. У нього періодично падає працездатність, втрачається інтерес до роботи і до оточуючих людей. Більше того, люди циклотимічного типу акцентуації характеру, важко переживають невдачі, часто думають про власні недоліки, непотрібності, переживають почуття самотності, стають замкнутими.

У періоди депресії, поведінка людини з ціклотимічним типом акцентуації характеру, схоже з дистимною акцентуацією характеру, яка змінюється активністю, властивою гіпертимічному типу.

10. Афективно-екзальтований тип. Людину даного типу акцентуації характеру можна впізнати за властивою їй високою контактністю, балакучістю, влюбливістю. Такі люди часто сперечаються, але не доводять справу до відкритих конфліктів. У конфліктних ситуаціях вони бувають як активною, так і пасивною стороною. Разом з тим прив'язані і уважні до друзів і близьких.

Вони альтруїстичні, мають почуття співчуття, хороший смак, проявляють яскравість і щирість почуттів. Негативні риси: панікерство, схильність миттєвим настроям [9].

# Методика вимірювання рівня тривожності Дж. Тейлора (в адаптації Т. А. Немчинова) (див. Додаток Г) складається з 50 простих тверджень, з якими досліджуваний може погодитися або ні.

# Існує кілька варіантів проведення дослідження.

# 1. Випробуваному по черзі пропонуються картки з твердженнями. Випробуваний формує дві стопки. В одну він складає твердження з якими згоден, у другу - ті, з якими не згоден.

# 2. Випробуваному пропонується бланк з твердженнями, в якому він відзначає свою згоду або не згоду з твердженнями.

# 3. Груповий. Випробуваним надаються бланки для відповідей. Список тверджень зачитується або записується на окремому бланку.

# Інструкція: перед вами 50 тверджень. Читаючи по черзі твердження, дайте відповідь згодні ви з ним чи ні, відповідь запишіть на бланку для відповідей, під відповідним номером. Пропускати твердження не можна. Намагайтеся не поспішати, але і не замислюйтесь подовгу над кожним твердженням.Тестування триває 15-30 хвилин. Підраховується кількість співпадінь відповідей з ключем, що свідчить про тривожність [40].

Оцінка результатів дослідження за опитувальником проводиться шляхом підрахунку кількості відповідей обстежуваного, які свідчать про тривожність.

Кожна відповідь «так» на висловлювання 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35 , 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50 і відповідь «ні» на висловлювання 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 , 8, 9, 10, 11, 12, 13 оцінюється в 1 бал.

Оцінка 40-50 балів розглядається як показник дуже високого рівня тривожності; 25-40 балів свідчить про високий рівень тривожності; 15-25 балів – про середній рівень (з тенденцією до високого); 5-15 балів – про середній (з тенденцією до низького); 0-5 балів – про низький рівень тривожності [7].

**2.2. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту**

Виконавши основні процедури експерименту, за нами залишається інтерпретація отриманих результатів і підведення підсумків роботи, a потім рoзрoбка рекомендацій.

Першою використана методика експрес-діагностики неврозу К. Хека та Х. Хеса.

За допомогою табл. 2.1 можна ознайомитися з отриманими результатами.

**Таблиця 2.1**

**Результати досліджень за методикою експрес-діагностики неврозу К. Хека та Х. Хеса**

|  |  |
| --- | --- |
| **Норми** | **Показники** |
| Низька вірогідність | 30% |
| Середня вірогідність | 60% |
| Висока вірогідність | 10% |

Наочно ці резільтати представлені в сегментограмі 2.1 (див. рис. 2.1).

**Рис. 2.1. Сегментограма показників вірогідності неврозу**

Після проведення методики експрес-діагностики неврозу К. Хека та Х. Хеса ми отримуємо результати, в яких 30% респондентів (9 осіб) мають низьку вірогідність неврозу, що свідчить про низьку невротизацію і свідчить про емоційну стійкість респондентів, про позитивні переживання (спокій, оптимізм), про ініціативність, про почуття власної гідності, незалежності, соціальної сміливості, про легкість у спілкуванні; 60% (18 осіб) мають середню вірогідність неврозу, що свідчить про те, що в людини можуть бути неврози, але явної схильності немає, інколи такі люди бувають емоційнo нестійкими, бeзініціативними, тaкoж інколи такі люди бувають тривожними, напруженими, дратівливими, що може в майбутньому також призвести до виникнення неврозів; лише у 10% (3 особи) респондентів спостерігається висока вірогідність неврозу, що відповідає високій імовірності неврозу (невротизації) і свідчить про те, що у респондентів спостерігається високий рівень невротизації; такі люди схильні до неврозів, у них спостерігається висока дратівливість, тривожність, вони постійно напружені, не можуть розслабитися, ці особи емоційно нестійкі, в них можуть бути наявними нав’язливі страхи, фобії.

Наступною була використана методика діагностики рівню невротизації Л. І. Васермана. Результати проведення цієї методики надані в табл. 2.2.

**Таблиця 2.2**

**Результати досліджень за методикою діагностики рівня невротизації Л. І. Васермана**

|  |  |
| --- | --- |
| **Норми** | **Показники %** |
| Низький рівень | 30 |
| Середній рівень | 50 |
| Високий рівень | 20 |

Наочно ці резільтати представлені в сегментограмі 2.2 ( див. рис. 2.2).

**Рис. 2.2. Сегментограма показників рівня невротизації**

Згідно з результатами досліджень за методикою діагностики рівню невротизації Л. І. Васермана, можна зробити висновок, що у 30% (9 осіб) респондентів спостерігається низький рівень невротизації, що свідчить про емоційну стійкість; про позитивні переживання (спокій, оптимізм); про ініціативність; про почуття власної гідності, незалежності, соціальної сміливості; про легкість у спілкуванні. У 50% (15 осіб) респондентів спостерігається середній рівень невротизації, що говорить про їх емоційну стійкість, але інколи вони проявляють тривогу, неспокій, безініциативність, роздратованість та ін. У 20% (6 осіб) респондентів спостерігається високий рівень невротизації, що дає змогу говорити про емоційну нестійкість респондентів, їх тривожність, неспокій, знервованість. Це люди з нестійкою нервовою системою. У осіб з високим рівнем невротизації підвищується вірогідність виникнення неврозів.

Наступною була використана методика діагностики акцентуацій характеру К. Леонгарда. Результати проведення методики надані в табл. 2.3 - 2.4.

**Таблиця 2.3**

**Результати досліджень за методикою діагностики акцентуацій характеру К. Леонгарда**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Норми** | **Г** | **З** | **Ет** | **П** | **Т** | **Ц** | **Д** | **Зб** | **Ди** | **Е** |
| Яскраво виражена акцентуація | 0 | 10 | 30 | 0 | 30 | 20 | 10 | 0 | 10 | 10 |
| Прихована акцентуація | 80 | 80 | 70 | 80 | 60 | 70 | 80 | 70 | 60 | 90 |
| Відсутність акцентуації | 20 | 10 | 0 | 20 | 10 | 10 | 10 | 30 | 30 | 0 |

Наочно ці резільтати представлені в діаграмі 2.3 (див. рис. 2.3).

**Рис. 2.3. Діаграма вираженості акцентуацій характеру**

Г – гіпертимність;

З – застрягання;

Ем – емотивність;

П – педантичність;

Т – тривожність;

Ц – циклотимність;

Д – демонстративність;

Зб – збудження;

Ди – дистимність;

Е – екзальтованість.

**Таблиця 2.4**

**Результати досліджень за методикою діагностики акцентуацій характеру К. Леонгарда**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Яскраво виражені** | **Приховані акцентуації** | **Відсутні** |
| Показники % | 70 | 30 | 0 |

Після проведення методики діагностики акцентуацій характеру К. Леонгарда можна зробити висновок, що у 70% респондентів є яскраво виражені акцентуації характеру, що може призвести до виникнення невротичних конфліктів, і лише у 30% респондентів всі види акцентуацій знаходяться у межах норми або деякі з них відсутні зовсім.

Так, яскраво виражені акцентуації по шкалі тривожності у деяких респондентів, для якої характерне: нерішучість, мала контактність, боязкість, невпевненість у собі; такі люди рідко вступають в конфлікти з оточуючими, граючи в них в основному пасивну роль; схильні до поглибленого самоаналізу і появ нав'язливих станів, можуть призвести до виникнення невротичних конфліктів, в частності обсесивно-психастенічний тип невротичного конфлікту. Підвищена верогідність виникнення невротичних конфліктів стосується й яскравої вираженості по шкалі гіпертимічності, для якої характерним є нестійкість в інтересах, погана переносимість самотності, не любов до одноманітності, дисципліни, монотонної роботи, часта переоцінка своїх можливостей, можуть бути ініціатором конфліктів, відрізняється підвищеною дратівливістю; а також по шкалі застрягання - її характеризує помірна товариськість, занудливість, схильність до моралі, неговіркість. В конфліктах такі люди зазвичай виступають ініціаторами. Прагнуть досягти високих показників у будь-якій справі, пред'являють підвищені вимоги до себе. Особливо чутливий цей тип акцентуації характеру до соціальної справедливості, разом з тим уразливий, підозрілий, мстивий. Іноді надмірно самовпевнений, честолюбний, ревнивий, пред'являє непомірні вимоги до близьких і до підлеглих на роботі, - можуть сприяти виникненню невротичних конфліктів.

Останньою була випробувана методика діагностики рівня тривожності Дж. Тейлора. Результати досліджень по цій методиці викладені в табл. 2.5.

**Таблиця 2.5**

**Результати досліджень за методикою діагностики рівня тривожності Дж. Тейлора**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показники** | **Дуже високий рівень** | **Високий рівень** | **Середній рівень з тенденцією до високого** | **Середній рівень з тенденцією до низького** | **Низький рівень** |
| Кількість респондентів | 3 | 6 | 12 | 6 | 3 |
| % | 10 | 20 | 40 | 20 | 10 |

Наочно ці резільтати представлені в сегментограмі 2.5. (див. рис. 2.5).

**Рис. 2.5. Сегментограма показників рівня тривожності**

Після проведення данної методики можна зробити висновок, що у 10% (3 особи) респондентів спостерігається дуже високий рівень тривожності, що характеризується надмірною стурбованістю, страхом, що може бути підгрунтям для виникнення невротичних конфліктів. У 20% (6 осіб) респондентів високий рівень тривожності. Середній рівень тривожності з тенденцією до високого спостерігається у 40% (12 осіб) респондентів, а середній рівень з тенденцією до низького у 20% (6 осіб). Низький рівень тривожності спостерігається у 10% (3 особи) респондентів, для яких характерним є спокій, оптимізм, емоційна стійкість, незалежність.

Таким чином, ми отримуємо наступне: після проведення методики, призначеної для виявлення рівня невротизації, результати показали, що для випробуваної студентської групи властивий помірний рівень невротизації. Після проведення методики діагностики верогідності неврозу можна говорити, що у випробовуваній студентській групі середня вірогідність виникнення неврозів. У 21 з 30 випробуваних є хоча б одна яскраво виражена акцентуація. У випробуваній студентській групі спостерігається в середньому середній рівень тривожності з тенденцією до високого.

При підрахунках результатів лише стосовно 1 з респондентів можна помітити таку тенденцію, як при наявності високої вірогідності неврозу, він має також високий рівень невротизації, а також високі показники по шкалі тривожності в методиці акцентуацій характеру К. Леонгарда, і високий рівень тривожності. У двох респондентів також спостерігається поєднання дуже високого рівня тривожності з яскраво вираженими акцентуаціями характеру: у одного – по шкалі тривожності та по шкалі дистимічності, а у другого – по шкалі тривожності, та з поєднанням високого рівня невротизації. Також варте уваги те, що у двох чоловік з високим рівнем невротизації спостерігається високий рівень вірогідності неврозу і середній з тенденцією до високого рівень тривожності.

У цілому, у декількох чоловік з випробуваної студентської групи дуже висока вірогідність наявності або виникнення невротичних конфліктів.

**РОЗДІЛ 3**

**Психопрофілактика невротичних конфліктів у осіб юнацького віку**

**3.1. Програма психопрофілактики невротичних конфліктів у осіб юнацького віку**

Після проведення експериментального дослідження у трьох з респондендів спостерігається разом надмірний рівень невротизації, висока схильність до неврозу та високий рівень тривожності, що може спричинити виникнення невротичних конфліктів. У зв’язку з тим потрібно провести профілактичну роботу для усунення цих відхилень.

Психопрофілактична робота, у широкому розумінні, передбачає проведення заходів психологічного характеру для збереження, зміцнення, поліпшення психічного самопочуття та здоров’я, запобігання виникнення невротичних розладів, фобій, страхів, протидію стресовим розладам, емоційному вигоранню, емоційній нестійкості, розв’язання проблем на різних рівнях психічної організації людини: поведінковому, особистісному, екзистенційному тощо.

Зазвичай виокремлюють три форми психопрофілактики, залежно від стану особистості, особливостей проблеми та рівня адаптаційних можливостей людини. Отже, як прийнято в загальнопсихологічній практиці, ми також практикуємо три форми психопрофілактики:

- психопрофілактика (первинна профілактика);

- психологічне консультування (вторинна профілактика);

- психологічна корекція (третинна профілактика).

Первинна психопрофілактика складається з комплексу заходів первинної психологічної діагностики, яка спрямована на виявлення осіб, що перебувають у зоні підвищеного ризику психологічного травматизму. Після первинної діагностики проводиться визначення основних проблем психологічного характеру, які призвели до труднощів в адаптації, посиленні конфліктності й агресивності, чи виникненні невпевненості, замкнутості певної особистості в собі. Далі психопрофілактика передбачає проведення дружньої бесіди для надання первинної психологічної допомоги людині [45].

Психологічне консультування як вид профілактики психічного здоров’я полягає в наданні психологічної допомоги в пошуку шляху розв’язання проблемної ситуації, зокрема, під час виникнення міжособистісних конфліктів, сімейних труднощів, екзистенційній кризі тощо.

Психологічне консультування здійснюється на основі поданого фахівцям Психологічної служби запиту. Психологічне консультування передбачає декілька етапів: по-перше, аналіз сутності, внутрішніх і зовнішніх причин виникнення проблемної ситуації; по-друге, визначення особистісного бачення проблемної ситуації клієнтом; по-третє, пошук можливих шляхів розв’язання ситуації; по-четверте, пошук ресурсів для подолання проблемної ситуації. Серед основних завдань консультанта ми виокремлюємо: надання емоційної підтримки; зміна ставлення до проблеми; підвищення стресової толерантності; посилення реальної відповідальності за власні дії в розв’язанні проблемної ситуації [1].

Психологічна корекція являє собою психологічне втручання в глибші пласти структури особистості. Психокорекція завжди має справу з уже сформованими стереотипами реагування; особистісними рисами, характерними поведінковими проявами, які заважають особистості вільно адаптуватись і розвиватись. Психокорекція передбачає забезпечення усвідомлення клієнтом своїх «сліпих плям», звичних способів реагування, і на основі усвідомленого та пережитого особистісного матеріалу, здатності сформувати ефективніші способи розвитку, адаптації й реалізації себе. Корекція може проводитись у формі індивідуальної та групової роботи.

Індивідуальна психокорекційна роботає досить тривалою і відбувається за запитом, що надходить до консультантів. Індивідуальна робота проходить у спеціалізованому кабінеті «Індивідуальне консультування».

Групова психокорекційна робота здійснюється в межах роботи навчально-корекційних «Груп особистого досвіду» [8].

Психоаналітична терапія. Виникнення всієї сучасної спеціальної медичної психології та теорії неврозів стало можливим завдяки тому, що їх засновник, Зигмунд Фрейд, вперше в історії медицини зайняв по відношенню до невротичних хворих абсолютно неупереджену психіатричну, приймаючу і супроводжуючу позицію [28].

В даний час існує безліч модифікацій психоаналітичної терапії, які використовують різні теорії та методи. Але всі вони генетично пов'язані з психоаналізом З. Фрейда, тому розглянемо його основні положення.

Центральну роль у розвитку психоаналітичного вчення грає поняття конфлікту. Конфлікт цей обумовлений існуванням у психіці людини протиборчих сил. При цьому у відповідь на дію одних сил інші можуть викликати у свідомості неприємні почуття, під дією яких відбувається придушення і забування перших. Цей процес З. Фрейд назвав витісненням. Дослідження істериків та інших невротиків приводить нас до переконання, що їм не вдалося витіснення ідеї, з якою пов'язано несумісне бажання. Вони, правда, усунули її з свідомості і з пам'яті і тим, здавалося б, позбавили себе від великої кількості невдоволення, але в несвідомому - витіснене бажання продовжує існувати і чекає тільки першої можливості стати активним і послати в свідомість спотвореного, що став невпізнанним заступника. До цього-то заміщуючому представника незабаром приєднуються ті неприємні думки, від яких можна було б вважати себе позбавленим завдяки витісненню. Це заміщає витиснену думку подання - симптом - звільнився від подальших нападів з боку Я і замість короткочасного конфлікту наступає нескінченне страждання. Як видно Фрейд тут розділяє психіку на "Я" (ЕГО) і несвідоме. Це так звана топографічна модель. Проте пізніше з'ясувалося, що частина ЕГО також несвідома. Так виникла структурна модель психіки, що включає:

1. Ід (Воно) - в певній мірі відповідає несвідомому топографічної моделі. Містить як вроджені потяги, так і продукти витіснення.

2. Его (Я) - представляє інтереси особистості і протистоїть домаганням Ід. Частково свідомо, частково ні.

3. Суперего (Над-Я) - представляє функцію самооцінки і виконує роль хранителя ідеалів. Частково свідомо, частково ні.

На основі структурної моделі стала розглядатися і конфліктні відносини, що ведуть до розвитку різних порушень. Невроз перенесення відповідає конфлікту між Я і Воно, нарцистичний невроз - конфлікту між Я і Над-Я, а психоз - конфлікту між Я і зовнішнім світом.

Серед імпульсів, що піддаються витісненню і ведуть до утворення неврозів, провідне місце віддається сексуальним. Їх патогенетичний потенціал коренитися в сексуальних переживаннях дитинства. Сексуальний інстинкт дитини виявляється надзвичайно складним, він допускає розкладання на безліч компонентів, які ведуть своє походження з різних джерел. Перш за все, сексуальний інстинкт абсолютно не залежить від функції розмноження, цілям якого він служить згодом. Він переслідує лише досягнення відчуттів задоволення різного роду. Процес розвитку сексуального інстинкту у дитини зумовлює виникнення різних потягів, які можуть вести до аномалій у розвитку. Саме вони служать джерелом неврозів і перверсій. Найвищого розвитку сексуальне життя раннього дитинства досягає в едиповoму комплексі - емоційної прихильності до батьків протилежної статі, і суперництві з батьком своєї статі. Едиповому комплексу З. Фрейд надає найважливішу роль в розвитку неврозів. Всі ті комплекси потягів, які можуть призвести до неврозу, є і у здорової людини, різниця лише в кількісному співвідношенні сил. Це було одним з найважливіших досягнень психоаналізу, що призвели до зміни ставлення до невротичних хворих [35].

З. Фрейд розвивав своє вчення про потяги протягом всього життя, і надалі вони розділилися на два, які стоять за ними основних інстинкти - життя (Ерос) і смерті (Танатос).

Сутність психоаналітичного лікування З. Фрейд описує наступним чином: «Ті шляхи, по яких відбулося заміщення (бажання симптомом), можуть бути відкриті під час психоаналітичного лікування хворого, і для одужання необхідно, щоб симптом був переведений в витиснену ідею по тим же самим шляхам. Якщо витіснене знову переводиться в область свідомої душевної діяльності, що передбачає подолання значних опорів, тоді психічний конфлікт, якого хотів уникнути хворий, отримує під керівництвом лікаря кращий вихід, ніж він отримав за допомогою витіснення. Існує багато таких доцільних заходів, за допомогою яких можна привести конфлікт і невроз до сприятливого кінця, причому в деяких випадках можна комбінувати ці заходи. Або хворий переконується, що він несправедливо відмовлявся від патогенного бажання, і приймає його цілком або частиною, або це бажання спрямовується саме на більш високу, не збуджуючу ніяких сумнівів, мету (що називається сублімацією), або ж відсторонення цього бажання визнається справедливим, але автоматичний, а тому й недостатній механізм витіснення замінюється засудженням за допомогою вищих психічних сил людини; таким чином досягається свідоме оволодіння несумісним бажанням [12].

Для розкриття витісненого змісту можуть використовуватися різні методи. Перші з них використовували аналіз вільних асоціацій, асоціативний експеримент, тлумачення сновидінь, аналіз помилкових, випадкових симптоматичних дій. Пізніше з'явилися й інші. Так існують тілесно і рухово орієнтовані психоаналітичні методики [17].

Психодрама - метод клінічної психології, соціальної терапії та експериментальної педагогіки, що представляє собою драматичну гру, в ході якої через вербалізацію і безпосередні дії здійснюється вихід конфліктів, фантазій, переживань. В результаті відбувається концентрація емоційних переживань, раціонального осмислення і тілесних дій у безпосередньому життєвому досвіді, завдяки чому стає можливою зміна власної поведінки.

Засновником психодрами, як психотерапевтичного методу, є Яків Леві Морено.

Психодрама може здійснюватися як в індивідуальній психотерапії - монодрама, так і в групі.

В якості сюжету в психодрамі можуть використовуватися казки, сни, спогади, нерозв'язні ситуації та інше. При проведенні в групі інші учасники можуть брати на себе функції додаткових ЕГО - представляти когось або щось в переживаннях протогоніста - пацієнта, що вибирає відображаєму в драматизації ситуацію.

У психодрамі використовуються різні прийоми. Основним є обмін ролями, що дозволяє побачити вдалі і невдалі соціальні взаємодії, не тільки на власні очі, але і з точки зору іншої людини.

Терапевт в психодрамі виконує одночасно функції власне терапевта, постановника спостерігача і учасника [23].

Сімейна психотерапія - це психотерапевтичний метод, мета якого так змінити порушені відносини між членами сім'ї, щоб за допомогою змін у динаміці і структурі відносин в сім'ї та її підсистемах зменшилися або повністю зникли скарги, проблеми, симптоми окремих членів сім'ї, а також покращилося функціонування системи в цілому. На відміну від інших психотерапевтичних методів, в яких відносини в родині обговорюються, сімейна психотерапія переносить лікування в реальну сімейну ситуацію.

Сімейна психотерапія виникла в результаті тривалого накопичення фактів про взаємозв'язок між вихованням, емоційними відносинами, та іншими умовами в сім'ї і розвитком нервово-психічних порушень [26].

Сімейна психотерапія заснована на досвіді - в її основі лежить досвід і здоровий глузд. Найбільші представники - К. Вітікер напираючи їх завдання не просто позбавити сім'ю від проблем, але забезпечити її зростання. З технік використовуються - перевизначення симптомів як спроб зростання, практичні втручання - іноді досить провокують, моделювання фантастичних альтернатив реальному стресу, навчання свободи фантазувати, посилення відчаю сім'ї для її об'єднання, підтримка сімейних революцій, навчання новим методам спілкування - розповіді снів, вільним асоціаціям, «афективний переворот» - психотерапевт дозволяє своїм почуттям абсурдності, любові або злості виражатися імпульсивно, без звичайних пересторог.

Сімейна психотерапія конструкторів заснована на «психології особистісних конструктів» Джорджа Келлі. Особистісні конструкти по Келлі - це думки, за допомогою яких індивід усвідомлює або інтерпретує свій досвід. Для особистісного конструкта необхідно як мінімум 3 елементи - два схожих і один відрізняється. Відбір людиною конструктів відбувається в процесі його когнітивного розвитку. Конструкти оцінюються за різними параметрами і об'єднуються в кілька типів. На думку Келлі певні особистісні конструкти мають вплив на організацію сімейних відносин. Змінивши конструкти можна змінити поведінку.

Сімейна поведінкова психотерапія - обгрунтовується в роботах А. Бандури, Д. Келлі, Д. Роттера і Б. Ф. Скіннера. Основний принцип - поведінка підкріплюється його наслідком (оперантне обусловлювання). З цього випливає: поведінковий патерн буде чинити опір змінам у всіх випадках, крім тих, коли виникнуть більш сприятливі наслідки.

На розвиток невротичних порушень впливають деструктивні якості різних складових сімейного життя : порушення життєдіяльності сім'ї, порушені сімейні вистави, порушення сімейної комунікації, порушення структурно-рольових відносин у родині. Ці порушення повинні бути виявлені і скоректовані [26].

Перше сімейне інтерв'ю направляється на визначення загальної ситуації в родині. К. Вітікер формулює питання широко: «Що з вашою родиною?». Звертаючись спочатку до батька, а потім послідовно до всіх її членів, включаючи молодших дітей. Це визначається поданням про верховенство батька. Так роблять багато західних психотерапевтів. Працюючи з родиною психотерапевт вводить правила взаємодії:

1. Дбати про те, щоб всі були включені в роботу.

2. Нагадує, що ніхто не може переривати інших.

3. Підкреслює, що ніхто не має права перешкоджати розмові.

4. Акцентує увагу на те, що ніхто не має права говорити за іншого.

5. Намагається зробити так, щоб кожен міг досить чітко висловити свої думки, щоб бути почутим.

6. Переконує людей, щоб вони говорили голосніше.

7. Насміхається в разі мовчання.

8. Співвідносить мовчання з прихованим контролем і звертає на нього увагу [39].

Взагалі, весь процес постановки сімейного діагнозу проходить чотири стадії :

1. Встановлення необхідності психотерапевтичного вивчення сім'ї. Встановлюється наявність в сім'ї порушень, які породжують психотравмуючі ситуації.

2. Загальне знайомство з сім'єю.

3. Виявлення психотравмуючої ситуації.

4. Корекційний сімейний діагноз.

Таким чином, підсумовуючи вищенаведену інформацію, можна сказати, що на початковій стадії процесу сімейної психотерапії необхідно:

1. Встановити міцний психотерапевтичний союз з сім'єю.

2. Домогтися від батьків розуміння, що І.П. висловлює проблематику їхнього життя.

3. Визначити які сімейні порушення призвели до виникнення симптомів у І.П. з метою отримати можливість їх корекції.

Після цього можливий перехід до власне лікуванню. Для цього існують різні методики. Основні їх види можна розділити на:

1. вказівки (директиви) - прямі і конкретніше вказівки терапевта про необхідність певних дій з боку всієї сім'ї або окремих її членів для вирішення поставлених завдань. Це можуть бути

а) вказівки робити щось;

б) вказівки робити щось інакше, ніж до цих пір;

в) вказівки не робити того, що робили до цих пір;  
крім прямих директив, можливе застосування парадоксальних, справжня мета яких, протилежна проголошуваним;

2. сімейна дискусія - обговорення членами сім'ї широкого кола проблем, що стосується життя родини, і способів вирішення різних сімейних питань;

3. обумовлене спілкування - різноманітні методи, що зводяться до того, що в звичні сімейні взаємини вводиться якийсь новий елемент;

4. програвання сімейних ролей - програвання ролей в різних іграх символізують сімейні відносини; можуть використовуватися обмін ролями між батьками та дітьми «живі скульптури» - зображення членами сім'ї різних аспектів сімейних відносин [5].

Iндивідуальна психотерапія. Завдання індивідуальної психотерапії полягає в досягненні психічної єдності та актуалізації можливостей розвитку за допомогою перебудови відносин, вирішення внутрішнього конфлікту, усунення блокуючих особистісний розвиток страхів, невпевненості в собі і хворобливого перенапруження психофізіологічних ресурсів організму [29].

Групова психотерапія. Завдання групової психотерапії полягають у зміцненні психічної єдності особистості за допомогою нормалізації міжособистісних відносин, поліпшення здатності до прийняття і грання ролей, створення більш адекватного психічного захисту.

Виділяють 11 терапевтичних факторів групової терапії: навіювання надії; переживання універсальності проблеми передачі інформації, наприклад терапевтам, а також іншими членами групи; переживання альтруїзму та його необхідності; виправлена ​​рекапітуляції первинної сім'ї; розвиток технік спілкування з іншими людьми; наслідувальння поведінки; міжособистісне навчання, переживання групової згуртованості, тобто відносин в групі; катарсис і, так звані, «екзистенційні чинники» - знання, що життя іноді нечесна і не справедлива, що люди вмирають і що людина повинна приймати на себе відповідальність за себе і за те, як він жив і живе.

Успішність групової терапії залежить від професійної підготовки терапевта і його особистих якостей, умов проведення, правильного підбору групи і тактики керівництва [4].

Групова психотерапія проводиться в амбулаторних або стаціонарних умовах. У груповій терапії дітей, відповідно до їх схильностями і потребами, що використовує ігрові методи, досягається лікувальний ефект, у випадку затяжних, мало курабельних неврозів.

Показаннями до групової терапії є: неадекватний рівень домагань, егоцентризм, нестійкість самооцінки, не вірив у себе і свої можливості, зайві сором'язливість, скутість і невпевненість у спілкуванні, риси тривожно-недовірливого характеру, зафіксованість емоційних реакцій у вигляді фобій і т.д.

Протипоказання: негативне ставлення до лікування, важко контрольована поведінка, зниження інтелекту.

У процесі групової терапії одночасно присутні діагностики, терапія і навчання. При формуванні групи слід дотримуватися наступних критеріїв:

1. Різноплановість структури групи при клінічній та психологічній сумісності її учасників.

2. Закритий характер групи і відсутність повторних хворих [9].

Процес психокорекційної роботи можна розділити на наступні етапи:

1. Перший попередній етап психокорекції. Відбувається встановлення продуктивного контакту, заснованого на довірі, формування сталого образу психолога, а також чіткого уявлення про ситуацію спілкування в цілому. Досягнення цих цілей суттєво визначає ефективність подальшої роботи, змінюючи почуття невизначеності і тривоги відкритістю і довірою.

2. Другий етап роботи. Аналітичний (за К. Г. Юнгом). Відбувається виявлення найбільш актуальних проблем і труднощів, встановлюється їх взаємозв'язок з особистісними особливостями, характером внутрішньосімейних відносин, минулим досвідом і підведення людини до усвідомлення цієї проблематики, щоб дитина відчула своє неблагополуччя і зрозумів, що є способи його подолання.

3. Третій етап роботи, синтетичний (за К. Г. Юнгом). Потрібно досягти переживання дитиною цілісності своєї особистості та усвідомлення відбулися в його душі змін.

4. Завершальний етап роботи. Відбувається підсумовування і закріплення позитивного досвіду спілкування з психологом і його символічне вираження.

1.Первинна психопрофілактика:

a) запобігання психотравмуючих впливів на роботі і в побуті.

б) запобігання ятрогений і Дидактогенія (правильне виховання дитини, наприклад, не прищеплювати йому думки про його неповноцінність або переваги, не породжувати почуття глибокого страху і провини при здійсненні «брудних» вчинків, здорові відносини між батьками).

в) запобігання сімейних конфліктів.

2.Вторинна психопрофілактика (запобігання рецидивів):

a) зміна ставлення хворих до психотравмируючих ситуацій шляхом бесід (лікування переконанням), самонавіювання і навіювання; своєчасне лікування при їх виявленні.

б) сприяння збільшенню яскравості в приміщенні - прибрати щільні штори, використовувати яскраве освітлення, максимально використовувати світлий час доби, світлолікування. Світло сприяє виробленню серотоніну.

в) загальнозакріплююча і вітамінотерапія, достатній сон.

г) діетотерапія (повноцінне харчування, відмова від кави й алкоголю, включити в меню продукти харчування з підвищеним вмістом триптофану (амінокислоти, з якої утворюється серотонін): фініки, банани, сливи, інжир, томати, молоко, сою, чорний шоколад).

д) вчасне та адекватне лікування інших захворювань: ендокринних, серцево-судинних, особливо атеросклерозу судин мозку, злоякісних новоутворень, залізо та вітамін B12-дефіцитної анемії [50].

e) обов’язково уникати виникнення пияцтва і тим більше алкоголізму, наркоманії та токсикоманії. Вживання алкогольних напоїв нерегулярно в малих кількостях діє седативно, тому не може спровокувати рецидив. Вплив вживання «легких наркотиків» типу марихуани на рецидив ОКР не досліджувалося, тому їх також треба уникати.

Для зняття тривожності можна використати такі вправи:

Вправа «Позбавлення від тривог».

Мета: зняття тривоги, неспокою, підготовка до очікуваної стресової ситуації.

Необхідний час: 5-10 хв.

Процедура: Розслабтеся і уявіть, що ви сидите на чудовій зеленій галявині в ясний сонячний день ... Небо освітлене веселкою, і частка цього сяйва належить вам ... Воно яскравіше тисяч сонць ... Його промені м’яко і ласкаво пригріває вашу голову, проникають в тіло,розливаються по ньому, все воно наповнюється, очищує цілющим світлом, в якому розчиняються ваші засмучення і тривоги, всі негативні думки і почуття, страхи і припущення. Всі хворі частки залишають ваше тіло, перетворившись в темний дим, який швидко розсіює ніжний вітер. Ви позбавлені від тривог, ви очищені, вам світло і радісно!

«Фільм».

Дуже допомагає досягти швидкого зниження тривоги наступну вправу:

Включається музичний твір, що має схвильований характер. Після прослуховування уривка з нього - слід прослуховування твори спокійного і умиротвореного характеру. Одночасно з тим, якщо це можливо, бажано запалити ароматичну лампу (запах лаванди, хвої, ялівцю, троянди турецької, базиліка, іланг-ілангу і т.п.) Учень сидить (або що набагато ефективніше - лежить) в зручній позі. Він дивиться на темно-синій екран або очі його прикриті.

«Глибокий вдих. Затримай дихання на 3-4 секунди. Потім - видихни через рот; повітря «випливає» повільно і спокійно. Видих в два рази довший за вдих. На видиху ти відчуєш, як з повітрям від тебе йде страх, занепокоєння. Уяви, як вони залишають тебе темною хмарою. Вдихаючи, уяви, що дихаєш ось цим місцем (сонячним сплетінням: показую учневі рукою, де воно розташовується) Золотиста хвиля повітря приходить до тебе, несе спокій, жене страх. Вона поступово наповнює все твоє тіло. Видих в два рази довший за вдих. Все твоє тіло наповнюється золотистою теплою хвилею, розслабляється. Тепер зроби глибокий вдих, відпочинь і повтори все вправу ще раз. Продовжуй дихати таким чином. Згадай момент з життя, коли ти був (а) спокійним, щасливим. Уяви, що дивишся його, як фільм ... Вийшло? Тепер зроби фарби цього «фільму» яскравіше, голосніше звуки ... Уважно-уважно дивись, щоб можна було розповісти про нові подробиці. Думай тільки про нього. Тепер давай згадаємо той момент, коли тобі вдалося щось важливе ... Це теж твій «фільм», спробуй згадати про нього побільше. Згадуй. Уяви, що ти знаходишся знову там. Ти впевнений в собі, сильний, спокійний. Давай повторимо: «Я сильний, спокійний, упевнений. У мене все вийде». (Формули можуть змінюватися, головне - позитивний зміст і неодноразове повторення) Коли ти найсильніше відчуєш впевненість в собі - шкребти пальці (можна ввести інший, незвичайний жест - він стає «якорем» стану впевненості) Тепер «екран» відсувається від тебе, йде, але ти залишаєшся героєм цього фільму».

Чим частіше повторюється цю вправу - тим сильніше закріплюється зв'язок між почуттям впевненості (або спокою) і умовним жестом. Потім, в скрутну хвилину - учень може звернутися до цього жесту, повторити умовні фрази. Це допоможе йому знову відчути бажані почуття. Дуже ефективний цей прийом безпосередньо перед іспитом або концертом. У процесі вправи йде вплив на візуальну, аудиальную системи сприйняття (також нюх). Розслаблення на фізіологічному рівні швидко сприяє зниженню тривожності.

«Хоробрий герой».

Дуже допомагає в подоланні страху, тривожності гра в Хороброго героя (краще взяти улюблений персонаж учня з фільму, мультфільму, комп'ютерної гри) і Переляканого малюка. Юнак говорить про свої страхи - як Переляканий малюк. Потім пересідає на інший стілець, відповідає як Хоробрий герой. Слід зворотне «перевтілення» - заперечення або нові скарги Переляканого малюка. Як правило, учень наводить досить переконливу аргументацію і здатний переконати самого себе в безглуздості і шкоду тривоги. Вправа закінчується неодмінно словами Хороброго героя. Я обов'язково запитую - який він, Герой? Припустимо, відповідь - «сміливий, рішучий, сильний». Повтори - «я сміливий, рішучий, сильний». Кілька разів повторюються позитивні твердження. Висловлюю повну переконаність в тому, що учень саме такий, тобто: «В тобі живе Хоробрий герой. Тільки поки він рідко з'являється ». Само програвання ролі безстрашного людини допомагає дитині знайти внутрішні сили для реалізації цієї частини особистості.

«Зображуємо Страх».

Допомагає скорегувати переживання тривоги її зображення. Я прошу зобразити в музиці щось страшне (або навіть «твій Страх). Як правило, це дисонанси, незграбна мелодія, баси. Кажу: «страх пішов!» Символічно закриваємо кришку піаніно або синтезатор вимикаємо. Потім - прошу показати в музиці спокійну картину, допомагаю в імпровізаціях і сама. Якщо дитині складно «зіграти» на сполох - ми її малюємо. Зображуємо чудовисько, в якому «все найстрашніше». Потім потрібно неодмінно «битися» з ним. Можна додати чудовиську смішні риси, щоб дитина могла висміяти власні страхи. Важливо, щоб воно перестало бути загрозливим, а стало безглуздим, слабким і забавним. Потім «Страх» потрібно знищити. Найчастіше створюється зображення в темних тонах - юнак повинен старанно заштрихувати картину світлими фарбами. Після чого - старанно порвати малюнок або спалити папір.

«Сміливець».

Досить ефективно наступну вправу. Створюється відповідна атмосфера (дивимося першу вправу). Спочатку звертаємося до дихальних вправ. Потім - дивимося «фільм». Однак «фільм» має інший зміст. Юнак повинен дуже добре уявити сцену, де Хтось успішно робить ті дії, яких він боїться. (Приміром, успішно і сміливо грає на концерті, здає залік) Потрібно, щоб дитина дуже чітко уявив собі те, що відбувається - поведінка сміливця, його вид, дії, настрій. Робимо фарби фільму яскравіше, звуки - голосніше, важливо сконцентруватися на уявному образі. Потім прошу уявити, що учень - сам став цим самим сміливців. Йому потрібно ретельно, в подробицях, відчути - як він успішно, спокійно і сміливо виступає. Уявити своє самопочуття, відчуття впевненості. Чітко (і неодноразово) проговорити: «я впевнений, я спокійний, все добре».

Необхідно кілька разів провести подібну вправу. У момент найбільшої гостроти переживань - юнак повинен використовувати певний незвичайний жест. За аналогією з першою вправою, за жестом закріплюється певний емоційний стан (успіху, спокою, впевненості). І в момент тривоги - юнак зможе звернутися до свого «заспокійливому» жесту. Повторити словесні формулювання, супроводжуючи процедуру диханням (за схемою).

**3.2. Можливості самоопанування складної життєвої ситуації як засіб психопрофілактики конфліктів в юнацькому віці**

Сподіватися на спокійне життя без неприємних несподіванок, внутрішніх конфліктів, страждань, драм, втрат було б надто наївно. Життя постійно готує кожному з нас нові й нові випробування. Тривалість, тяжкість та складність їх якимось чином є домірними з людськими можливостями, силами, які кожен із нас на цей момент має. Усі ми час від часу потрапляємо в такі життєві ситуації, які ніби спеціально створено для того, аби допомогти нам пережити й усвідомити щось украй важливе, що залишалося поза увагою у мерехтінні буденності.

Такі перешкоди на шляху до мети ніби кимось вигадані, для того щоб розширити можливості самодослідження, саморозвитку та самоподолання. Не випадково деякі мислителі вважають душевне життя людини страшною фантасмагорією, кошмаром.

Коли людина переживає кризу, її нерідко огортає почуття безвиході. У кризовому стані майже завжди спочатку здається, що ніякого майбутнього немає і бути не може, адже вже нічого не вдієш, нічого не можна змінити. Приміром, коханий чоловік знайшов собі іншу і пішов із сім’ї; людина дізналася про свій страшний діагноз. Клієнти, які звертаються до психотерапевта з аналогічними проблемами, справді спочатку не хочуть жити, напружуватися, боротися. “Навіщо жити? Все закінчено. Нічого хорошого вже не може бути”, – так вони коментують свій стан.

Однак з часом людина знаходить у собі сили для того, щоб прийняти складну, безрадісну, болісну нову реальність. Прийняти без агресії, без докорів долі та самозвинувачень. Просто подивитися на новий виток свого життя як на факт, який вже існує і має певні причини, передумови, наслідки. І тоді поступово стає зрозумілим, що практично в кожному випадку є різні варіанти подальшого розгортання подій. Так починає визрівати розуміння своєї власної ролі в пошуку виходу із скрути.

Можна дозволити собі місяць за місяцем впадати у відчай, не спати, не їсти, відмовлятися від зустрічей із друзями, повторюючи, що життя закінчено, що без коханого хлопця, який виявився зрадником, вже нічого хорошого ніколи не буде. А можна поступово пригадати численні конфлікти з ним, свої нескінченні претензії щодо його ставлення до себе, його лінощів, грубості, вміння інколи зробити Вам дуже боляче, образити і, зібравши докупи все це, зрозуміти, що життя раптом дає Вам шанс звільнитися від тягаря, розпочати нове життя.

Життя вільне, спокійне, з новими обріями, новими знайомствами, новими заняттями. Навіть наявність тяжкого діагнозу не є вироком. Досвід психотерапевтів, що працюють у хоспісах з безнадійно хворими, свідчить, що нерідко ці люди, страждаючи від нестерпного фізичного і душевного болю, все ж знаходять у собі сили для виходу навіть із фази шоку. Вони спостерігають, як реагує на цей постійний біль власне тіло, що воно хоче цими реакціями сказати, про що повідомити.

Так хворі навчаються інколи не помічати свого болю, ігнорувати його, зосереджуючись на чомусь іншому: думають про своїх рідних, планують їхнє майбутнє, мріють про їхні професійні досягнення і сімейне щастя. Вони ніби виходять за межі болю у більш просторий, широкий і вільний світ. Тяжкохворі, як і інші люди, що переживають глибокий стрес, проходять і стадію заперечення свого кризового стану.

Вони не хочуть вірити в те, що це трапилося саме з ними. Їм здається, що все це страшний сон, від якого можна прокинутись. Вони не готові прийняти реальність і почати вже всередині неї думати про якісь нові важливі рішення. У цей час вони стають дратівливими, злими, неконтактними. Їм хочеться звинувачувати всіх, відштовхувати, ображати.

Для оточуючих дуже важливо розуміти причини такої поведінки своїх близьких і приймати їх, незважаючи ні на що. Динаміка занурення у стресову ситуацію приводить до подолання агресії, яка насправді виникла для того, аби маскувати сильний страх. Далі будуть ще тривалі фази депресії, образи, провини. Ті із тяжкохворих, хто встигає дійти у внутрішньому розвитку до переоцінки цінностей, до релігійного пошуку, до інтенсивного духовного розвитку, створює для себе нову якість життя на цьому останньому етапі свого земного шляху і вмирає спокійно.

Е. Кюблер-Росс, перша дослідниця можливостей психологічної допомоги тяжкохворим, помітила, що серед тих, хто готується померти, спалахує гостра потреба відшукати сенс свого життя. Поверхові інтереси до накопичення, влади, престижу зникають у той момент, коли людина чує той попереджувальний дзвоник хвороби.

Здебільшого все ж маємо справу не з такими вкрай тяжкими проблемами, які постають перед безнадійно хворим та його родиною. Втрата роботи, небажана вагітність, зрадництво близького друга, яке потягнуло за собою великі фінансові трати та самотність, – саме такі кризові ситуації у дорослому житті стають приводом для звернення до консультанта-психолога. Про дітей, яких дорослі приводять до нього, нерідко говорять як про некерованих, агресивних, конфліктних, пригнічених, розсіяних.

Поштовхом для звернення до спеціаліста зазвичай стає певна конкретна життєва ситуація, з якою маленька або доросла людина не впоралася і яка викликала у неї тривалий стрес. Під час роботи із спеціалістом дорослий клієнт повільно навчається відмовлятися від ілюзій, перестає очікувати від життя чогось нереального.

Він уже інакше ставиться до своїх дітей, не прагнучи хоча б виховати їх так, щоб вони не повторювали його власних помилок. Батькам дуже важливо знати, що будь-яка спроба поліпшити власний психічний стан, розвинути адаптивні можливості, подолати віддалені наслідки психічної травми завжди позитивно впливає на мікроклімат у сім’ї, стосунки з дітьми, їхні життєві успіхи. У клієнта під час роботи із психологом визрівають сили для відмови від перфекціонізму, тобто від бажання “ставити собі лише п’ятірки”, все робити тільки на “відмінно” або не робити взагалі.

Щодо скрутних життєвих обставин він починає розуміти, що, навіть коли об’єктивно нічого не вдієш, все одно є шанс змінити 108 своє ставлення до того, що трапилось. Побачити все іншими очима. Відчути свою нову роль, свої перспективи. Позаяк успіх у розв’язанні складної життєвої ситуації залежить передусім від самої людини, розгляньмо ставлення її до власних можливостей вирішити конфлікт, подолати напруженість, зменшити тривогу. Мій консультативний досвід свідчить, що здатність до опанування є певною індивідуально-психологічною характеристикою кожної людини, і життєвий успіх швидше приходить до тих, хто цю здатність цілеспрямовано розвиває у собі.

Безперечно, існує певний зв’язок між характеристиками суб’єктивного смислового простору та ефективністю адаптаційних можливостей людини.

Важливими параметрами у суб’єктивній картині ситуації є, по-перше, уявлення про ситуацію і, по-друге, уявлення про способи її подолання. Йдеться про так зване “coping behavior”, опанування, тобто про індивідуальний спосіб взаємодії із ситуацією відповідно до її власної логіки, значущості для людини та її сьогоднішніх можливостей.

У стресогенних умовах життєдіяльності кожна людина виявляє власну сенситивність, тобто міру схильності до переживання певних ситуацій як стресових. Батьки деяких старшокласників починають сильно нервувати, коли ті не телефонують і не повертаються додому до восьмої години вечора. Вони відразу дозволяють своїй уяві малювати страшні картинки, п’ють валеріанку, дають собі слово жодного разу більше не пускати свою доньку (сина) ні на які дні народження. Інші залишаються спокійними і о десятій, розуміючи, що просто телефон міг розрядитися, тому не відповідає, або що їхня дитина так занурилася у спілкування, що про все забула.

Знаючи про свою схильність до драматизації життєвих обставин, мати, у якої таке трапляється частіше, ніж у батька, має навчитися справлятися з цим. Високу сенситивність можна певним чином знизити, якщо бути послідовною і мати відповідну мотивацію. Коли ж цього не робити, а просто вимагати від свого оточення рахуватися з власними нескінченними тривожними прогнозами та поганими передчуттями, перекладаючи відповідальність за власний стан на інших, стосунки в сім’ї погіршаться.

Дорослі діти будуть все більше віддалятися від вкрай вимогливих матерів. Батьківську турботу вони сприйматимуть як несвободу, як тягар, якого треба позбутися. Зрозуміло, що не можна не враховувати і реальну інтенсивність перебігу самої стресової ситуації, говорячи про її опанування. Сенситивність до стресу збільшуватиметься, наростатиме, якщо життєвий досвід перенасичений стресами високої інтенсивності.

Щоправда, науковці припускають, що інтенсивність емоційних реакцій у стресовому стані великою мірою визначається індивідуальними властивостями людини. Висока емоційна стійкість безумовно знижує інтенсивність стресу, тоді як відсутність схильності до самоусвідомлення, навпаки, цю інтенсивність підвищує. Водночас небезпечно високий рівень емоційної нестабільності, неврівноваженості можна пояснити тим, що людина нерідко потрапляла протягом життя і потрапляє у стресові ситуації високої інтенсивності. Ця набута невротизація, у свою чергу, провокує дедалі нові випробування, перебільшуючи їхнє значення для самої людини та її близьких.

Повсякденне життя непомітно стає низкою неприємних несподіванок, які здаються людині все більш нестерпними, більш інтенсивними. Навіщо людині опановувати ситуацію? Щоб якомога швидше й ефективніше адаптуватися до неї, призвичаїтися до нових складних умов, хоча б таким чином зменшивши внутрішнє напруження, знизивши стресогенність того, що все одно вже відбувається. Головне завдання опанування – забезпечити і підтримати певний рівень психічного та фізичного здоров’я, хоча б мінімальну, але все ж задоволеність собою, своєю діяльністю, спілкуванням.

Опанування може бути як цілком усвідомлюваним, так і несвідомим з усіма перехідними формами часткової, тимчасової усвідомлюваності. У кризових ситуаціях маємо справу передусім з неусвідомленим опануванням. Класичні захисні механізми, що їх уперше описав З. Фрейд (типу раціоналізації, проекції, придушення), можуть бути знайомі кожному з власного досвіду прикладами опанування. Колись усі ці витіснення чи конфлуенції (злиття) бу- ли доречними, допомагали людині не зламатися, вистояти в непомірно важких для неї обставинах.

Пізніше психологічні захисти могли стати вже зайвими, адже людина виросла, стала сильнішою, гнучкішою, розумнішою, але все одно за звичкою вдається до своїх дитячих засобів опанування. Що таке опанування? Це певний екологічний спосіб інтерпретації скрутних життєвих обставин та своєї ролі у розв’язанні проблеми, який людина використовує для керування власним передбаченням і переживанням кризової ситуації.

Це спроба в думках, намірах та вчинках відповідати вимогам, які диктує ситуація, і не лише відповідати, а трохи випереджати їх, бути готовим до несподіваних змін. Людина трактує нові жорсткі вимоги як очікування від неї готовності до випробувань, що, як вона вважає, перевищують її реальні можливості. Процес опанування спрямований на пошук адекватних вимогам шляхів подолання стресогенних впливів. Він підпорядковує собі практично всі сфери життя людини.

Серед способів опанування слід назвати, наприклад, активно-вчинковий, коли людина швидко приймає рішення і здійснює вчинок, який допомагає їй полегшити кризовий характер ситуації. Наведу приклад зі своєї консультативної практики. Молода вчителька живе з батьками, які й досі сприймають її як маленьку дитину. Вони постійно чекають на неї, телефонують, радять їй, що одягати на роботу зранку, як спілкуватися з директором школи, що говорити батькам хлопчика, який погано засвоює її предмет.

Вона любить своїх батьків, але у свої двадцять шість років відчуває повну залежність від них. Кризу вона починає усвідомлювати тоді, коли вперше переживає серйозне захоплення юнаком. Сімейні традиції вимагають від неї розповідати батькам про все, що відбувається в її житті. Але вона розуміє, що не хоче говорити про це ані з мамою, ані з татом. Адже хлопець на три роки молодший за неї і не має вищої освіти.

Вчителька точно знає, що батьки не сприймуть його позитивно і заборонять їй будь-які стосунки з ним. Тоді моя клієнтка вирішує вперше діяти самостійно. Вона шукає собі житло й учнів для репетиторства, щоб підробляти. Вона переїжджає у нову оселю і обіцяє батькам, що буде до них заходити і телефонувати. Свої координати вона поки що нікому не дає. Навіть хлопцеві. Її внутрішнє завдання – дати лад своїм почуттям без будь-яких впливів. Потреба діяти (шукати квартиру, переїжджати, влаштовуватися на додаткову роботу, відвідувати психотерапевта, щоб остаточно позбутися залежності від інфантильних стосунків із батьками) дає їй відчутне полегшення – і кризу поступово подолано. Часом не менш ефективним виявляється опанування шляхом уникання, коли краще не діяти, а ігнорувати обставини, які склалися, просто перечікуючи неприємності.

Для цього інколи корисно спитати себе. “Як я подивлюся на цю неприємну ситуацію через півроку, рік, п’ять років? Що здаватиметься мені нестерпним тоді?” Головне – справді уявити себе на п’ять років старшим, побачити, де і як Ви житимете, відчути свій стан у той майбутній період життя.

Новий часовий масштаб практично завжди сприяє активізації терпіння, вміння абстрагуватися, відволіктися від того, що не вдається змінити. Деякі люди обирають так називане активно-когнітивне опанування, пояснюючи собі та своєму оточенню всі можливі причини ускладнень, знаходячи виправдання того, що відбувається. Так, говорить вона собі, мій клієнт, який протягом року не може знайти роботу, пояснює собі цю складну ситуацію загальноекономічним та екологічним станом країни, тим, що він давно тут не жив і тепер не може прийняти законів, за якими люди влаштовуються працювати. Він так заглиблюється в аналіз глобальних чинників, котрі від нього аж ніяк не залежать, що заспокоюється і, до речі, знаходить тимчасову роботу.

Цей вид опанування, за З. Фрейдом, можна назвати раціоналізацією. Під час консультування такі психологічні захисти зазвичай розглядаються як неефективні, але певне полегшення вони, безумовно, дають. Якщо ставитися до них як до швидкої психологічної самодопомоги, до засобу, який дає змогу не впадати у відчай, то ці шляхи опанування є умовно корисними. Кожен обирає саме той спосіб опанування, який, з одного боку, більше відповідає вимогам ситуації, а з другого – власним індивідуальним особливостям, досвіду, емоційному стану людини.

Одні способи опанування є типовими для особистості, а інші сприймаються як чужі, епізодичні, випадкові. Під впливом натовпу чи якоїсь авторитетної особи власні способи опанування зазвичай змінюються, і тоді людина пізніше не може зрозуміти, як вона могла діяти таким чином. Можна говорити, слідом за Р. Лазарусом, що існують такі загальні типи опанування:

– проблемно-сфокусоване

– коли взаємозв’язок людини із середовищем змінюється завдяки діям подолання;

– емоційно-сфокусоване – змінюється лише спосіб інтерпретації того, що відбувається;

– уникання, яке може комбінуватися як із проблемносфокусованим, так і з емоційно-сфокусованим опануванням.

Опанування виконує дуже важливу регулятивну функцію, коригуючи емоційні стани. Завдяки опануванню людина бере себе в руки, відчуваючи готовність щось змінити у власному житті, з чогось почати важкий шлях вперед. Можна сказати, що опанування виконує також прогностичну функцію, функцію моделювання можливостей поступового вирішення проблеми. Можливі як дієвий, так і суто уявлюваний модуси реагування на скрутні обставини. Якщо в реальності справді нічого неможливо змінити, непогано зробити це хоча б у власній уяві. Не тільки для того, щоб трохи заспокоїтися і зняти напруження. Це робиться також для активізації додаткової енергії, для формування бажаних настанов. Мій досвід свідчить, що для деяких клієнтів достатньо багато разів програти в уяві бажане вирішення особистої проблеми. У реальному житті актуальність ситуації відчутно знижується. Так, одна моя тринадцятирічна клієнтка дуже страждала від кохання до поп-зірки, серйозно думаючи про суїцид.

Після кількох уявних спілкувань на дні його народження, у приймальні стоматолога, під час літнього відпочинку тощо вона поступово почала бачити цю людину іншими очима і навіть написала про нього дотепну критичну статтю, яку відразу надрукувала відома газета. І проблемно-сфокусоване, і емоційно-сфокусоване опанування не завжди може бути ефективним для людини, якщо вона вчасно не звернеться до свого найближчого оточення, шукаючи підтримки.

Бажання в усьому покладатися лише на себе, розраховувати тільки на власні сили – це зовсім не показник особистісної зрілості. Радше навпаки. Якщо людині важко звернутися по допомогу, це свідчить про наявність у неї якихось глибоких, застарілих конфліктних переживань, яких краще позбутися. До речі, приховувати свої проблеми, нікому не показувати страждання найчастіше намагаються чоловіки.

Своє невміння прислухатися до власних емоцій, виявляти їх вони трактують як силу духу, стриманість, стійкість характеру. Насправді це страх довіритися емоційній стихії, дозволити собі слабкість, пожалітися, можливо, навіть поплакати. Це брак досвіду взаємодопомоги, довіри, відвертості. Підтримка завжди полегшує реалізацію певної стратегії опанування, якщо її надає хтось, хто справді хоче допомогти.

Наприклад, за проблемно-сфокусованої стратегії інших людей можна використовувати як джерело інформації. Вони розкажуть, як самі пережили схожі колізії, хто їм допоміг, як краще вирішувати ці проблеми сьогодні. За емоційно-сфокусованого опанування сусіди, знайомі, друзі стають природним засобом емоційної регуляції. Вони співчувають, допомагаючи людині пережити образу, можуть разом з нею гніватися, допомагаючи знайти адекватні способи вияву агресії.

Вони стають також об’єктом для соціального порівняння. Коли власна тяжка ситуація перестає сприйматися як унікальна, коли таких проблем навколо виявляється чимало, людині стає легше пережити своє становище. Звертання до близьких може стати і способом утечі від проблеми за стратегії уникання. Рідні допомагають побачити нераціональність домагань, гальмують неконструктивну активність, знижують інтенсивність переживань, пропонуючи власний тверезий, відсторонений погляд на те, що сталося.

Інколи для подолання напруження, зняття зайвої тривоги, полегшення страждання ми просто намагаємося відволіктися, переключити свою увагу на щось інше. Багатьом жінкам допомагає тривала телефонна розмова з подругою, шопінг, тобто похід по магазинах, прибирання в квартирі, в’язання. Чоловіки йдуть до спортзалу чи дивляться по телевізору бокс, футбол. Дехто обирає для себе енергійні тривалі пішохідні прогулянки, хтось сідає за кермо і виїжджає на швидкісну трасу.

Таку стратегію називають дистракцією. Схожою з нею є й стратегія релаксації, розслаблення, котра також допомагає перевести увагу, змінити масштаби у власному життєвому світі. Ванна з ароматичними маслами, масаж, плавання, чай із шоколадом, кава з тістечком, смачна вечеря з кухлем пива – кожен обирає свій спосіб зняття гостроти переживання. Непогано нагадати собі, що завтра вранці буде видніше, що гострий момент бажано відкласти, перечекати.

Майже в кожному випадку переживання скрутних періодів, неприємних життєвих обставин корисно давати собі відпочинок. Знайомою кожному стратегією є і так називане перевизначення ситуації, нове її тлумачення. Людина намагається побачити свої проблеми в іншому світлі, щоб зробити ситуацію суб’єктивно більш терпимою, не такою гострою. Найчастіше ця нова інтерпретація виникає в результаті кількох зустрічей із психотерапевтом. Трапляється, що таке перевизначення поступово приходить і під час самостійної роботи.

Серед прийомів, які можна запропонувати для самодопомоги, є написання автобіографії, в якій сьогоднішня проблема буде лише одним із багатьох епізодів. Взагалі метод автонаративів, тобто створення оповідань про себе, де є зав’язка, кульмінація, розв’язка, стає дедалі популярнішим методом опануванн.

Краще, якщо наратив складений письмово. Саме під час письмового аналізу людина вчиться не тільки бачити у своєму життєписі сьогоднішню життєву колізію, водночас конституювати майбутнє, по-новому структуруючи свій життєвий досвід. Так поступово формується нова, більш цілісна й конструктивна оповідна ідентичність. До речі, найвідоміший французький філософ сучасності Ж. Дерріда ніколи не ставив під сумнів пріоритет письмової мови над усною.

Іноді продуктивною стратегією опанування стає зовні пасивне реагування на те, що трапилось. Це так називана стратегія прийняття – погодження з тим, що проблема справді є, хоча поки що нічого неможливо зробити для її розв’язання. Відчути таке прийняття – зовсім нелегке завдання. Усередині все бунтує, людина безперервно запитує у себе: “Чому таке мало статися саме зі мною? У чому я винна? Де моя помилка?” І поки внутрішній діалог не зупиниться, людина не зможе подивитися на ситуацію без докорів і оцінок. На мій погляд, прийняття завжди передує подальшим конструктивним крокам до вирішення ситуації. Без нього ніяких ефективних дій не буде. Важливо назвати також стратегію емоційного відреагування, прояву почуттів у відповідь на ускладнення.

Можливо, людині треба посумувати, поскаржитися, заглибитись в образу, вихлюпнути свій гнів, пофантазувати з приводу помсти, щоб пережити катарсис і мати змогу раціональніше розв’язувати складну колізію. Декому в цьому допомагають близькі люди, а дехто може дозволити собі такі емоційні вияви лише наодинці. Чимало моїх клієнтів такою природною стратегією подолання не володіли, їм доводилося допомагати в доланні внутрішнього опору, допомагати “домовлятися із своїм внутрішнім контролером”, давати собі дозвіл на агресивні вислови чи жалібний плач.

Так, одна стримана і досить замкнута дівчина розповідала, як колись у поїзді дуже сильно поранила палець дверима (зірвала ніготь) і докладала величезних зусиль, аби не заплакати, хоча їй було всього вісім років. Вона ж не плакала навіть наодинці вдома вже в чотирнадцять років, коли перевернула на себе каструлю з дуже гарячою водою. На запитання “Чого мовчала, чому не плакала, не кликала на допомогу?” вона не без гордості відповіла: “А чого кричати? Треба терпіти”.

Для полегшення ситуації вияву своїх емоцій непоганим прийомом є малюнки, на яких бажано зобразити свій стан, не зважаючи на наявність чи відсутність художніх здібностей. Головне – взяти великий аркуш паперу і дати змогу своїй руці виражати гнів, образу, біль. Закінчивши малювати, треба зосередитися на тому внутрішньому пейзажі, який був намальований, і дати якомога точнішу назву переданому малюнком переживанню. Таких малюнків інколи треба створити цілу серію, щоб бути готовим виражати емоції якимось іншим чином.

Допоміжним засобом може стати і метод творчої уяви, коли клієнтові пропонується у стані релаксації уявити собі певний казковий чи міфологічний персонаж і перевтілитися в нього. Пам’ятаю, як нещодавно одна доброзичлива, стримана молода жінка обрала для себе образ Сніжної Королеви, яка ходила із зали в залу і всім, кого бачила у своєму розкішному палаці, із задоволенням наказувала: “Геть звідси!” Нарешті, стратегією опанування є пряма дія, вжита для вирішення болючої проблеми, або хоча б збирання конкретної інформації про можливості такого вчинку. Один мій клієнт – досить успішний зовні молодий чоловік, який самостійно заробив собі на квартиру і недешеву машину, зрозумів, що у своїй роботі йому треба щодня “ламати себе у 95-ти місцях”, що це зовсім не та діяльність, якою він хотів би займатись.

Поступово стало ясно, якою має бути його нова робота. Виникли реальні перешкоди на шляху до неї, з’явилися перші плани наближення до бажаної мети. Так почала відступати багатомісячна хандра і з’явилася готовність до кардинальних життєвих змін.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Василенко Л. П. Вікова психологія / Василенко Л. П. – К. : Освіта, 2005. – 470 с.
2. Балл Г.О. Раціоналізм як світоглядний орієнтир психологічної науки // Психол. перспективи. – 2004. – Вип. 6. – С. 3–10.
3. Кочерга О., Васильєв О. Дитячі страхи, неврози, темперамент // Корекційна робота психолога: Зб. ст. – К.: Шкільний світ, 2002. – Вип. 3. – С. 22–23.
4. Лазоренко Б.П. Методологічні засади соціально-психологічного дослідження самоздійснення проблемної молоді // Теорет.-методол. проблеми розвитку особистості в системі неперервної освіти: Матеріали методол. семінару АПН України 16 грудня 2004 р. / За ред. С.Д. Максименка. – К., 2005. – С. 388–393.
5. Ларіна Т.О. Аутоагресивна поведінка як адаптаційний механізм протидії соціальному оточенню // Проблеми заг. та пед. психології: Зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. – К., 2004. – Т. 6. – Вип. 3. – С. 191–195.
6. Лєпіхова Л.А. Завдання первинної профілактики наркоманій серед неповнолітніх та молоді // Профілактика у дитячому, підлітковому та молодіжному середовищі: Дов. для соц. працівників, вчителів, шкільн. психологів, батьків. – К., 2005. – § 5.1. – С. 110–112.
7. Носенко Е.Л., Коврига Н.В. Емоційний інтелект: концептуалізація феномену, основні функції. – К., 2003.
8. Психологія життєвої кризи / За ред. Т.М. Титаренко. – К., 1998.
9. Сиротюк А.Л. Кінезіологічні прийоми і стрес // Корекційна робота психолога: Зб. ст. – К.: Шкільний світ, 2002. – Вип.3. – С. 59–61.
10. Скрипник Д.В. Локус контролю в контексті здорового способу життя // Стратегія формування здорового способу життя. – К., 2000. – С. 188–192.
11. Титаренко Т.М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. – К.: Либідь, 2003.
12. Титаренко Т.М. Кризове психологічне консультування. – К., 2004.
13. Титаренко Т.М. Специфіка настанов молоді на здоровий спосіб життя // Практ. психологія та соц. робота. – 2004. – № 6.
14. Шевчук В.О. Стежка в траві. Житомирська сага: У 2 т. – Х., 1994.
15. Roshe A. Persons and their growth. The anthropological and psychological foundations of PRH education. – Canada, 1997.
16. Rutter M. Material Deprivation Reassessed, Penguin. – 1972.
17. Rutter M. Parent-child separation // Psychological effects on the children-journal of Child Psychology and Allied Disciplines. – 1971. – Vol. 12. – Р. 233–260.
18. Бочелюк В.Й. Кримінально-виконавча психологія / В.Й. Бочелюк, Т.А. Денисова. – К. : Істина, 2008. – 328 с.
19. Бочелюк В.Й. Психологія людини з обмеженими можливостями / В.Й. Бочелюк, А.В. Турубарова. – К. : Центр учбової літератури, 2011. – 264 с.
20. Бочелюк В.Й. Юридична психологія / В.Й. Бочелюк. – К. : Центр учбової літератури, 2010. – 336 с.
21. Булах І.С. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник / І.С. Булах. – Вінниця, ТОВ «Нілан-ЛТД», 2015. – 110 с.
22. Гаврілець І.Г. Психофізіологія людини в екстремальних ситуаціях : навч. посіб. / І.Г. Гаврілець. – К. : ЗАТ «Віпол», 2006. – 188 с.
23. Долинська Л.В. Психологія конфлікту : навч. посіб. / Л.В. Долинська, Л.П. Матяш-Заяц. – К. : Каравела, 2010. – 304 с.
24. Дуткевич Т.В. Конфліктологія з основами психології управління : навчальний посібник / Т.В. Дуткевич. – К. : Центр навчальної літератури, 2005. – 456 с.
25. Загальна конфліктологія : навч. посіб. / Ващенко І.В. та ін. – Х. : Оригінал, 2001. – 384 с.
26. Ложкін Г.В. Психологія конфлікту : теорія і сучасна практика: навчальний посібник / Г.В. Ложкін, Н.І. Пов’якель. – К. : ВД »Професіонал», 2007. – 416 с.
27. Максименко С.Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим : навч. посіб. / С.Д. Максименко, Н.Ф. Шевченко. – К. : Ін-т психології імені Г.С. Костюка; Ніжин : Міланік, 2007. – 115 с.
28. Нагаєв В.М. Конфліктологія : курс лекцій (модульний варіант) : навчальний посібник / В.М. Нагаєв. – К. : Центр навчальної літератури, 2004. – 198 с.
29. Пірен М.І. Конфліктологія : підручник / М.І. Пірен. – К. : МАУП, 2003. – 360 с.
30. Савчин М.В. Вікова психологія : навч. посіб. / М.В. Савчин, Л.П. Василенко. – К. : Академвидав, 2005. – 360 с.
31. Словник-довідник термінів з конфліктології / [за ред. М.І. Пірен, Г.В. Ложкіна]. – Чернівці; Київ, 1995. – 312 с.
32. Соціально-психологічна профілактика стресів та стресових розладів учнів та студентів : навч. посіб. / [за ред. В.Г. Панка, І.І. Цушка]. – К. : Ніка-Центр, 2007. – 164 с.
33. Титаренко Т. Життєві кризи : технологія консультування / Тетяна Титаренко. – К. : Главник, 2007. – 144 с.
34. Титаренко Т.М. Життєвий світ особистості : у межах і за межами буденності / Т.М. Титаренко. – К. : Либідь, 2003. – 376 с.
35. Коцур Н.І., Гармаш Л.С. Психогігієна: Навчальний посібник. – Чернівці: Книги-ХХІ, 2006. – 380 с.
36. Варій М. Й. Загальна психологія: Навч. посібник для студ. психол. і педагог. спеціальностей. – Львів: Край, 2005. – 954 с.
37. Гріненко Т.Ф. Шлях до здоров'я. – К. : Здоров'я, 1981. – 152 с.
38. Готовність дитини до навчання / Упорядн.: С. Максименко, К. Максименко, О. Главник. – К., 2003. – 95 с.
39. Життєві кризи особистості: У 2 т. / За ред. В.М. Доній, Г.М. Несен, Л.В. Сохань. – К., 1998. – Ч.1. – 384 с.
40. Превентивна робота з молоддю за методом "рівний-рівному" / За ред. І. Звєрєвої. – К., 2002. – 252 с.
41. Соціально-психологічна профілактика стресів та стресових розладів в учнів та студентів. / За ред. В.Г. Панка, І.І. Цушка. – К. : Ніка – Центр, 2007. – 164 с.
42. Шевченко І.В. Ідея гармонії як принцип людського життєвпорядкування : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. філос. наук. : спец. 09.00.03. – К., 2004. – 20 с.
43. Шлімакова І.І. Екопсихологічна сутність феномену "гармонія" у свідомості студентської молоді // Актуальні проблеми психології. Т. 7. Екологічна психологія / Ін-т психології ім. Г.С. Костюка АПН України. – Житомир, 2011. – Вип. 26. – С. 581-589.
44. Янцур М.С. Професійна психодіагностика (практикум). – Рівне : Рівен. держ. пед. ін-т, 1995. – 158 с.
45. Вікова та педагогічна психологія: Навчальний посібник / О.В. Скрипченко, Л.В. Долинська, З.В. Огороднічук та ін. : [2-ге вид.]. – К. : Каравела, 2009. – 400 с.
46. Говорун Т.В. Стать та сексуальність: Психологічний ракус / Т.В. Говорун, О.М. Кікінежді – Тернопіль : Нова книга-Богдан, 1999. – 383 с.
47. Гончарова Н.О. Основи професійної орієнтації. Навч. посіб. / Н.О. Гончарова ; за ред. В.Ф.Моргуна. – К. : ВД «Слово», 2010. – 168 с.
48. Діденко С.В. Психологія сексуальності та сексуальних стосунків: навчал. посібник / С.В. Діденко. – К. : Арістей, 2003. – 312 с.
49. Дуткевич Т. В. Дитяча психологія. Навч. посіб. / Т.В. Дуткевич. – К. : Центр учбової літератури, 2012. – 424 с.
50. Життєві домагання особистості. Колективна монографія / [за ред. Титаренко Т. М.]. – К. : Педагогічна думка, 2007. – 456 с.
51. Максименко С.Д. Психологія особистості : [підручник] / Максименко С.Д., Максименко К.С., Папуча М.В. – К. : ТОВ “КММ”, 2007. – 296 с.
52. Моргун В.Ф. Психологія особистості в педагогіці А.С. Макаренка. Факсимільний збірник праць 1988-2001 рр. / В.Ф. Моргун. – Полтава : АСМІ, 2002. – 84 с.
53. Павелків Р. В. Вікова психологія : [підручник] / Р.В. Павелків. – К. : Кондор, 2011. – 469 с.
54. Седих К.В. Делінквентний підліток. Навчал. посіб. / К.В. Седих, В.Ф. Моргун. – 2-е вид., доп. – К. : ВД «Слово», 2015. – 272 с.
55. Терлецька Л.Г. Вікова психологія і психодіагностика: підручник / Л.Г. Терлецька. – К. : Видавничий Дім «Слово», 2013. – 608 с.
56. Тітов І.Г. Психологічні аспекти світогляду особистості / І.Г. Тітов // Практична психологія та соціальна робота. – 2011. – №11. – С. 2–5.

**Додаток А**

**Зміст завдань з методики експрес-діагностики неврозу (К. Хека і Х. Хеса)**

1. Чи вважаєте Ви, що внутрішньо напружені?

2. Я часто так сильно в щось занурений, що не можу заснути.

3. Я відчуваю себе легко ранимим.

4. Мені важко заговорити з незнайомими людьми.

5. Чи часто без особливих причин у Вас виникає почуття байдужості і втоми?

6. У мене часто виникає відчуття, що люди мене критично розглядають.

7. Чи часто Вас переслідують даремні думки, які не виходять з голови, хоча Ви намагаєтеся їх позбутися?

8. Я досить нервовий.

9. Мені здається, що мене ніхто не розуміє.

10. Я досить дратівливий.

11. Якби проти мене не були налаштовані, мої справи йшли б більш успішно.

12. Я занадто близько і надовго приймаю до серця неприємності.

13. Навіть думка про можливу невдачу мене хвилює.

14. У мене були дуже дивні і незвичайні переживання.

15. Чи буває Вам то радісно, ​​то сумно без видимих ​​причин?

16. Протягом усього дня я мрію і фантазую більше, ніж потрібно.

17. Чи легко змінити Ваш настрій?

18. Я часто борюся з собою, щоб не показати свою сором'язливість.

19. Я хотів би бути таким же щасливим, якими здаються інші люди.

20. Іноді я тремчу або відчуваю напади ознобу.

21. Чи часто змінюється Ваш настрій в залежності від серйозної причини або без неї?

**Продовження Додатку А**

22. Чи відчуваєте Ви іноді почуття страху навіть за відсутності реальної небезпеки?

23. Критика або догана мене дуже ранять.

24. Часом я буваю таким неспокійним, що навіть не можу всидіти на одному місці.

25. Турбуєтеся Ви іноді занадто сильно через незначні речі?

26. Я часто відчуваю невдоволення.

27. Мені важко сконцентруватися при виконанні будь-якого завдання чи роботи.

28. Я роблю багато такого, в чому доводиться каятися.

29. Здебільшого я щасливий.

30. Я недостатньо впевнений в собі.

31. Іноді я здаюся собі дійсно нікчемним.

32. Часто я відчуваю себе просто погано.

33. Я багато копаюся в собі.

34. Я страждаю від почуття неповноцінності.

35. Іноді в мене все болить.

36. У мене буває гнітючий стан.

37. У мене щось з нервами.

38. Мені важко підтримувати розмову при знайомстві.

39. Найважча боротьба для мене - це боротьба з самим собою.

40. Чи відчуваєте Ви іноді, що труднощі великі і непереборні?

**Додаток Б**

**Стимульний матеріал до методики діагностики рівня невротизації (Л. І. Васермана)**

1. У різних частинах свого тіла я часто відчуваю печіння, поколювання, відчуття мурашок, оніміння.

2. Я рідко задихаюся, і у мене не буває сильного серцебиття.

3. Раз на тиждень або частіше я буваю дуже збудженою або схвильованною.

4. Голова в мене болить часто.

5. Два-три рази на тиждень по ночах мене мучать кошмари.

6. Останнім часом я себе відчуваю гірше, ніж будь-коли.

7. Майже кожен день трапляється щось, що лякає мене.

8. У мене бували періоди, коли через хвилювання втрачала сон.

9. Зазвичай робота коштує мені великої напруги.

10. Іноді я буваю так збуджена, що це заважає мені заснути.

11. Велику частину часу я відчуваю незадоволеність життям.

12. Мене постійно щось тривожить.

13. Я намагаюся рідше зустрічатися зі своїми знайомими і друзями.

14. Життя для мене майже завжди пов'язане з напругою.

15. Мені важко зосередитися на якій-небудь задачі чи роботі.

16. Я дуже втомлююся за день.

17. Я вірю в майбутнє.

18. Я часто віддаюся сумним роздумам.

19. Часом мені здається, що моя голова працює повільніше, ніж зазвичай.

20. Найважча боротьба для мене - це боротьба з самим собою.

21. Я майже завжди про щось або про когось тривожуся.

22. У мене мало впевненості в собі.

**Продовження Додатку Б**

23. Я часто відчуваю невпевненість в собі.

24. Декілька разів на тиждень мене турбують неприємні відчуття у верхній частині живота (під ложечкою).

25. Іноді у мене буває таке відчуття, що переді мною виросло стільки труднощів, що здолати їх просто неможливо.

26. Раз на тиждень або частіше я без видимої причини раптово відчуваю жар у всьому тілі.

27. Часом я вимотую себе тим, що занадто багато на себе беру.

28. Я дуже уважно ставлюся до того, як я одягаюся.

29. Мій зір погіршився останнім часом.

30. У відносинах між людьми найчастіше тріумфує несправедливість.

31. У мене бувають періоди такого сильного занепокоєння, що я навіть не можу всидіти на місці.

32. Я із задоволенням танцюю, коли є можливість.

33. По можливості я намагаюся уникати великого скупчення людей.

34. Мій шлунок сильно турбує мене.

35. Повинна зізнатися, що часом я хвилююся через дрібниці.

36. Часто сама засмучуюся, що я така дратівлива і буркотлива.

37. Декілька разів на тиждень у мене буває таке відчуття, що має статися щось страшне.

38. Мені здається, що близькі мене погано розуміють.

39. У мене часто бувають болі в серці або грудях.

40. В гостях я зазвичай сиджу десь в стороні або розмовляю з ким-небудь одним.

**Додаток В**

**Стимульний матеріал до методики діагностики акцентуацій характеру (К. Леонгарда)**

1. У Вас частіше веселий і безтурботний настрій?

2. Ви чутливі до образ?

3. Чи буває так, що у Вас на очі навертаються сльози в кіно, театрі, в бесіді і т.п.?

4. Зробивши щось, Ви сумніваєтеся, чи все зроблено правильно, і не заспокоюєтеся до тих пір, поки не переконаєтеся ще раз в тому, що все зроблено правильно?

5. У дитинстві Ви були так само сміливі, як і Ваші однолітки?

6. Чи часто у Вас різко міняється настрій від стану безмежного тріумфування до огиди до життя, до себе?

7. Чи є Ви зазвичай центром уваги в суспільстві, компанії?

8. Чи буває так, що Ви так перебуваєте в такому буркотливому настрої, що з Вами краще не розмовляти?

9. Ви серйозна людина?

10. Чи здатні Ви захоплюватися чимось?

11. Заповзятливі Ви?

12. Ви швидко забуваєте, якщо Вас хтось образив?

13. Сердечна Ви?

14. Опускаючи лист в поштову скриньку, чи перевіряєте Ви, проводячи рукою по щілині ящика, що лист повністю впав в нього?

15. Чи прагнете Ви завжди бути в числі кращих працівників?

16. Чи бувало Вам страшно в дитинстві під час грози або при зустрічі з незнайомою собакою (а може бути, таке відчуття буває і тепер, у зрілому віці)?  
17. Чи прагнете Ви у всьому і всюди дотримуватися порядку?  
18. Чи залежить Ваш настрій від зовнішніх чинників?

**Продовження Додатку В**

19. Чи люблять Вас Ваші знайомі?

20. Чи часто у Вас буває відчуття внутрішнього неспокою, відчуття можливої ​​біди, неприємності?

21. У Вас часто дещо пригнічений настрій?

22. Чи бували у Вас хоча б один раз істерика або нервовий  
зрив?

23. Чи важко Вам довго всидіти на одному місці?

24. Якщо по відношенню до Вас несправедливо поступили, чи енергійно Ви відстоюєте свої інтереси?

25. Чи можете Ви зарізати курку або вівцю?

26. Чи дратує Вас, якщо вдома завіса або скатертина висять нерівно, або Ви відразу ж прагнете поправити їх?

27. Ви в дитинстві боялися залишатися один в будинку?

28. Чи часто у Вас бувають коливання настрою?

29. Чи завжди Ви прагнете бути достатньо сильним працівником в своїй професії?

30. Чи швидко Ви починаєте сердитися або впадати в гнів?

31. Чи можете Ви бути абсолютно, безтурботно веселим?

32. Чи буває так, що відчуття безмежного щастя буквально пронизує Вас?  
33. Як ви думаєте, вийшов би з Вас ведучий в гумористичному спектаклі?  
34. Ви зазвичай висловлюєте свою думку людям достатньо відверто, прямо і недвозначно?  
35. Вам важко переносити вид крові? Чи не викликає це у Вас неприємних відчуттів?  
36. Ви любите роботу з високою особистою відповідальністю?  
37. Чи схильні Ви виступати в захист осіб, по відношенню до яких поставилися несправедливо?

**Продовження Додатку В**

38. У темний підвал Вам важко, страшно спускатися?

39. Вашою є така робота, де діяти треба швидко, але вимоги до якості виконання невисокі?

40. Товариські Ви?

41. В школі Ви охоче декламували вірші?

42. Чи тікали Ви в дитинстві з дому?

43. Чи здається Вам життя важким?

44. Чи буває так, що після конфлікту, образи Ви були до того засмучені, що йти на роботу здавалося нестерпним?

45. Чи можна сказати, що при невдачі Ви не втрачаєте почуття гумору?  
46. Зробили б Ви перші кроки до примирення, якщо Вас хтось образив?  
47. Ви дуже любите тварин?

48. Чи повертаєтеся Ви переконатися, що залишили будинок або робоче місце в такому стані, що там нічого не трапиться?

49. Чи переслідує Вас іноді неясна думка, що з Вами і Вашими близькими може трапитися щось страшне?

50. Чи вважаєте Ви, що Ваш настрій дуже мінливий?  
51. Чи важко Вам докладати (виступати на сцені) перед великою кількістю людей?  
52. Ви можете вдарити кривдника, якщо він Вас образить?  
53. У Вас дуже велика потреба в спілкуванні з іншими людьми?  
54. Ви ставитеся до тих, хто при яких-небудь розчаруваннях впадає в глибокий відчай?

55. Вам подобається робота, що вимагає енергійної організаторської діяльності?  
56. Наполегливо Ви домагаєтеся наміченої мети, якщо на шляху до неї доводиться долати масу перешкод?

**Продовження Додатку В**

57. Чи може трагічний фільм схвилювати Вас так, що на очах виступають сльози?  
58. Чи часто буває Вам важко заснути через те, що проблеми прожитого дня або майбутнього весь час крутяться у Ваших думках?

59. В школі Ви іноді підказували своїм товаришам або давали списувати?  
60. Чи буде Вам велика напруга волі, щоб пройти одному через кладовище?  
61. Чи ретельно Ви стежите за тим, щоб кожна річ у вашій квартирі була завжди на одному і тому ж місці?

62. Чи буває так, що будучи перед сном у хорошому настрої, Ви на наступний день встаєте в пригніченому, що триває кілька годин?  
63. Чи легко Ви звикаєте до нових ситуацій?

64. Чи бувають у Вас головні болі?

65. Ви часто смієтеся?

66. Чи можете Ви бути привітним навіть з тим, кого Ви явно не цінуєте, не любите, не поважаєте?

67. Ви рухома людина?

68. Ви дуже переживаєте через несправедливості?

69. Ви настільки любите природу, що можете назвати її другом?  
70. Йдучи з дому або лягаючи спати, чи перевіряєте Ви, чи закритий газ, погашене чи світло, чи замкнуті двері?

71. Ви дуже полохливі?

72. Чи змінюється ваш настрій при прийомі алкоголю?  
73. У Вашій молодості Ви охоче брали участь в гуртку художньої самодіяльності?  
74. Ви розцінюєте життя декілька песимістично, без очікування радості?  
75. Чи часто Вас тягне подорожувати?

76. Чи може Ваш настрій змінитися так різко, що стан радості раптом змінюється похмурим і пригніченим?

**Продовження Додатку В**

77. Чи легко Вам підняти настрій друзів в компанії?

78. Чи довго Ви переживаєте образу?

79. Чи довго Ви переживаєте жаль інших людей?

80. Чи часто, будучи школярем, Ви переписували сторінку у Вашому зошити, якщо випадково залишили на ній пляму?

81. Чи відноситеся Ви до людей скоріше з недовірою й обережністю, ніж із довірливістю?

82. Чи часто Ви бачите страшні сни?

83. Чи буває, що Ви остерігаєтеся того, що кинетеся під колеса потягу, що проходить або, стоячи біля вікна багатоповерхового будинку, остерігаєтеся того, що можете раптово випасти з вікна?

84. У веселій компанії Ви зазвичай веселі?

85. Чи здатні Ви відвернутися від важких проблем, що потребують вирішення?

86. Ви стаєте менш стриманим і відчуваєте себе вільніше, прийнявши алкоголь?  
87. У бесіді Ви мізерні на слова?

88. Якби Вам необхідно грати на сцені, Ви змогли б увійти в роль, щоб забути про те, що це тільки гра?

# Додаток Г

# Стимульний матеріал до методики вимірювання рівня тривожності (Дж. Тейлора) в адаптації Т. А. Немчинова

# 1. Зазвичай я спокійний і вивести мене з себе нелегко.

# 2. Мої нерви розстроєні не більше, ніж у інших людей.

# 3. У мене рідко бувають закрепи.

# 4. У мене рідко бувають головні болі.

# 5. Я рідко втомлююся.

# 6. Я майже завжди почуваюся цілком щасливим.

# 7. Я впевнений в собі.

# 8. Я практично ніколи не червонію.

# 9. У порівнянні зі своїми друзями я вважаю себе цілком сміливою людиною.

# 10. Я червонію не частіше, ніж інші.

# 11. У мене рідко буває серцебиття.

# 12. Зазвичай мої руки досить теплі.

# 13. Я сором'язливий не більше ніж інші.

# 14. Мені не вистачає впевненості в собі.

# 15. Часом мені здається, що я ні на що не придатний.

# 16. У мене бувають періоди такого неспокою, що я не можу всидіти на місці.

# 17. Мій шлунок сильно турбує мене.

# Продовження Додатку Г

# 18. У мене не вистачає духу винести всі майбутні труднощі. 19. Я хотів би бути таким же щасливим, як інші.

# 20. Мені здається часом, що переді мною нагромаджені такі труднощі, які мені не подолати.

# 21. Мені нерідко сняться кошмарні сни.

# 22. Я помічаю, що мої руки починають тремтіти, коли я намагаюся що-небудь зробити.

# 23. У мене надзвичайно неспокійний і переривчастий сон. 24. Мене дуже турбують можливі невдачі.

# 25. Мені доводилося відчувати страх у тих випадках, коли я точно знав, що мені ніщо не загрожує.

# 26. Мені важко зосередитися на роботі або на якому-небудь завданні. 27. Я працюю з великим напруженням.

# 28. Я легко приходжу в замішання.

# 29. Майже весь час відчуваю тривогу через когось або через будь-що.

# 30. Я схильний приймати все занадто серйозно.

# 31. Я часто плачу.

# 32. Мене нерідко мучать напади блювоти і нудоти.

# 33. Раз на місяць або частіше у мене буває розлад шлунка.

# 34. Я часто боюся, що ось-ось почервонію.

# 35. Мені дуже важко зосередитися на чому-небудь.

# 36. Моє матеріальне становище дуже турбує мене.

# 37. Нерідко я думаю про такі речі, про які ні з ким не хотілося б говорити.

# Продовження Додатку Г

# 38. У мене бували періоди, коли тривога позбавляла мене сну.

# 39. Часом, коли я перебуваю в замішанні, у мене з'являється сильна пітливість, що дуже бентежить мене.

# 40. Навіть у холодні дні я легко потію.

# 41. Часом я стаю таким збудженим, що мені важко заснути.

# 42. Я - людина легко збудлива.

# 43. Часом я відчуваю себе абсолютно марним.

# 44. Часом мені здається, що мої нерви сильно розшатані, і я ось-ось вийду із себе.

# 45. Я часто ловлю себе на тому, що мене щось тривожить.

# 46. Я набагато чутливіший, ніж більшість інших людей.

# 47. Я майже весь час відчуваю почуття голоду.

# 48. Іноді я засмучуюсь через дрібниці.

# 49. Життя для мене пов'язане з незвичайною напругою.

# 50. Очікування завжди нервує мене.