

В статье раскрывается влияние личностных особенностей на социальную, социально-психологическую и психологическую адаптацию в условиях лишения свободы. Показано, что среди факторов, способствующих адаптации заключенных к местам лишения свободы можно выделить следующие: готовность помогать и сочувствовать; стремление к сотрудничеству; конформность, способность подчиняться; самопринятие; интернальность; принятие других; наличие семьи и детей; наличие судимостей; наличие профессии.

Ключевые слова: условия лишения свободы, заключенные, личностные особенности, дезадаптация, адаптация.

Жигаренко Ігор Євгенович – асистент кафедри соціальної та практичної психології Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Сєвєродонецьк.

УДК 159.92

Завацький В.Ю.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО МЕХАНІЗМІВ ФОРМУВАННЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ТА ЇХ КОРЕКЦІЇ

В статті наведено теоретико-методологічні підходи до механізмів формування невротичних розладів та їх корекції. Розкрито антинозологічну, нейрофізіологічну, патофізіологічну та психологічну платформи неврозогенезу. Визначено етапи формування невротичних симптомів (когнітивний, афективно-мотиваційний, антиципаційний, поведінковий) та особливості кожного з них. Показано типи використання хворих неврозами методів психокорекції (лімітованої, дефіцитарної та атитюдної).

Ключові слова: невротичні розлади, механізми формування невротичних розладів, психологічна корекція, психотерапія.

Постановка проблеми. В теоретичному плані співіснують наукові напрямки, які намагаються трактувати невроз як з психологічної, так і з біологічної (нейрофізіологічної) платформи. До того ж західні психотерапевтичні школи "нової хвилі" стають на антинозологічні позиції, воліючи не висувати і не декларувати теоретичні постулати розуміння походження невротичних симптомів і не проводити диференціальної діагностики між клінічним симптомом і психологічним феноменом. Подібна антинозологічна платформа найяскравіше може бути продемонстрована на прикладі висловлювання Дж. Вольпе про те, що "невроз – це звичка неадаптованої поведінки, придбана в процесі навчання" [23]. З цього робиться висновок, що невроз наврядчи можна відносити до клінічних симптомокомплексів і нозологічних одиниць, які повинні мати специфічний етіологічний агент, закономірності патогенезу (неврозогенезу) і виходу.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Нейрофізіологічна наукова платформа базується на класичних уявленнях І.П. Павлова: "Всюди і завжди необхідно йти до фізіологічного основи як відносно хвороботворних агентів, так і відносно реакцій на них з усіма наслідками, тобто перекладати всю психогенію і симптоматику на фізіологічну мову... Можу сказати, що стосується до нервової клініки, то майже всі невротичні симптоми картини можна зрозуміти і привести в зв'язок з нашими патофізіологічними лабораторними фактами" [16].

Такий суворо патофізіологічний ухил розділяється багатьма вітчизняними науковцями-неврологами, однак у сучасному, пом'якшеному варіанті, що враховує досягнення психологічної науки і психіатрії. Сьогодні в рамках нейрофізіологічної платформи прийнято говорити не про етіологічне значення будь-яких патофізіологічних механізмів, а про "церебральну пре-диспозицію, що полегшує формування невротичної

патології" (Л.Л. Дмитрієва, В.Б.Захаржевський, В.Ф.Міхєєв) [6-7]. Надається важливе значення так званій тріаді (шийний остеохондроз, хронічний тонзиліт і хронічний холецистит), що сприяє виникненню (або прояву) "не тільки окремих синдромів невротозу, але і самого невротичного захворювання". Незважаючи на те, що М.Г. Айрапетянц і А. М.Вейн відзначають істотну і патогенетично значущу роль невротогенезу "м'якої органічної мозкової предрисповиції" і навіть церебральної гіпоксії, вони з великою обережністю обговорюють цю проблему [1]. "Ще немає незаперечних доказів - пишуть вони, - прямої участі системних механізмів мозку (посилюючих і синхронізуючих апаратів) і активності біохімічних систем (судимо про них за вмістом біологічно активних речовин в венозній крові і екскреції з сечею) у взаємодії психотравмуючої ситуації з особливостями структури особистості і формуванні невротичного конфлікту. Швидше за все, вони відображають наявність стресорної ситуації, характер і інтенсивність емоційної напруги, а також індивідуальний патерн реагування. Імовірно, правильніше говорити про наявність характерних психофізіологічних та психогуморальних співвідношень при невротозах. Співвіднести їх прямо з патогенезом захворювання не є в даний час можливим" [1; 2].

Як видно з представленої позиції, проблема полягає лише у тимчасовій відсутності чітких, "незаперечних" доказів кореляції мозкової дисфункції з виникненням невротичних розладів, а зовсім не в принципових теоретичних виставах. Ще більш яскраво нейрофізіологічна платформа представлена в таких роздумах вчених: "Існує два принципових шляхи обговорення: перша позиція - органічна церебральна дефіцитарність реально існує, але є вона і при багатьох формах патології і в 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 плином невротичної патології - з іншого; друга позиція - слідуючи за сформульованими В.М.Бехтеревим положеннями про зв'язок між різними психічними порушеннями і станом органу, що здійснює психічну діяльність [3], тобто головного мозку, намагатися зрозуміти наявність певного взаємозв'язку між ними. Відразу ж скажемо - пише А.М.Вейн, - що ми є переконаними прихильниками цієї позиції" [1; 2; 4; 5].

Узагальнюючи сучасне уявлення вчених про невротогенез, які стоять на нейрофізіологічній платформі, можна погодитися з Б.Д. Карвасарським, що не цілком обгрунтовано основу патогенезу невротозів вбачають в розладі функцій інтегративних систем мозку, серед яких, разом з корою більших півкуль мозку, істотна роль лімбіко-ритукулярного комплексу [8-9].

Мета статті – розкрити теоретико-методологічні підходи до механізмів формування невротичних розладів та їх корекції.

Виклад основного матеріалу і результатів дослідження. Психологічна платформа є на сучасному етапі переважною як у західній психіатричній і психологічній літературі, так і у вітчизняній. Вона також, як і нейрофізіологічна не монолітна, але містить аналіз значущості для невротогенезу безлічі різних психологічних параметрів. Об'єднує останні уявлення про принципову патогенетичну значущість психологічної складової для виникнення і прояву невротичної симптоматики [11]. Спектр істотних психологічних феноменів широкий, однак не спостерігається протиставлення одних іншим, мабуть виходячи з відомого вислову В. Франкла: "Кожному часу властивий свій невротоз і потрібна своя психотерапія" [19]. Це висловлювання, доповнене географічної характеристикою - місцем розташування - і перетворене в: "Кожному часу і місцю властивий свій невротоз", пояснює співіснування різних психологічних теорій і концепцій невротогенезу. Цей просторий список "правильних" теорій відображає значення не тільки психологічного, але і соціально-психологічного аспекту невротогенезу.

Враховуючи очевидний факт "фрагментарності" західних і вітчизняних теорій невротогенезу, відсутність у них універсального характеру (до речі, як і в найбільш популярній протягом багатьох років у вітчизняній клінічній психології та психіатрії теорії

особистості В.М. Мясіщева [15]), слід визнати, що ідея створення єдиної теорії неврозогенезу носить характер утопічності. Суспільний устрій життя, соціально-політичні процеси і навіть морально-етичні та релігійні погляди людей, здатні змінювати розуміння і суть етіології, і ще більшою мірою, патогенезу неврозів. Саме ця аксіома дозволила деяким вченим вивести невроз за рамки психічної патології.

В даний час об'єднуючими різні психологічні підходи до оцінки значущих сторін неврозогенезу факторами є: психічна травма і преморбідні психологічні особливості особистості і її базові параметри - темперамент і характер.

Як відомо, психічна травма – це життєва подія, значуща для існування людини, яка приводить до глибоких психологічних переживань. Психічна травма, як подія або ситуація, стоїть в ряді інших життєвих ситуацій. Згідно класифікації Д. Магнуссона, існує п'ять рівнів визначення ситуації: стимул, епізоди, ситуація, оточення, середовище [22].

На думку Г.К.Ушакова по інтенсивності психічних травм їх потрібно ділити на: 1) масивні (катастрофічні), раптові, гострі, несподівані, приголомшливі, однопланові: а) надактуальні для особистості, б) неактуальні для особистості (наприклад, природні, громадські катастрофи, інтактні для даної особи); 2) ситуаційні гострі (підгострі), несподівані, що многопланово залучають особу (пов'язані з втратою соціального престижу, зі шкодою якої самоствердження); 3) пролонговані ситуаційні, що трансформують умови багатьох років життя (ситуація позбавлення, ситуація достатку - кумир сім'ї): а) усвідомлювані і переборні, б) неусвідомлювані і непереборні; 4) пролонговані ситуаційні, що призводять до усвідомленої необхідності стійкої психічної перенапруги (виснажливі): а) викликані самим вмістом ситуації, б) викликані надмірним рівнем домагань особистості при відсутності об'єктивних можливостей для досягнення у звичайному ритмі діяльності [18].

В.М. Мясіщев [15] ділив психічні травми на об'єктивно-значущі і умовно-патогенні, підкреслюючи тим самим семантичну роль події. Під об'єктивно-значущими розумілися життєві події (психічні травми), значення яких можна вважати високою для переважної більшості людей - смерть близького, розлучення, звільнення та ін. Умовно-патогенними називають події, які стають психічними травмами, що викликають переживання в силу особливостей ієрархії цінностей людини (наприклад, втрата марки з колекції філателіста). Широко поширена в західній психіатрії шкала Holmes-Rahe, за допомогою якої кожній життєвій події приписується строго визначений і незмінний виражений в балах коефіцієнт. На підставі суми балів пропонується судити про силу та інтенсивності психічного впливу життєвих подій. Так, найвищу кількість балів за травмуючий вплив приписується смерті чоловіка (100 балів). Далі слідують: розлучення (73 бали), тюремне ув'язнення (63), смерть рідних (63), одруження (50), примирення подружжя (45), вихід на пенсію (45) тощо. Автори включили в шкалу стресу навіть такі ситуації, як заклад або позику суми грошей. Причому, якщо заклад або позика не перевищує 10 тисяч доларів, то це дає 17 балів за шкалою стресу, а понад 10 тисяч - 31 бал. На підставі простого арифметичного підрахунку балів передбачається, що у відсотках апіорно оцінити ризик виникнення неврозу. Шкала Holmes-Rahe, незважаючи на очевидну суб'єктивність та недостовірність, до теперішнього часу широко використовується в наукових дослідженнях [14].

Актуальний конфлікт, що формується на базі психічної травми, на думку Н. Пезешкіан [17], складається з життєвих подій і мікротравм, роль яких виділяється автором особливо. До останніх належать, 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 виходять не стільки значущість або інтенсивність психотравматичного впливу, скільки повторюваність, однотипність і тривалість мікротравм, які входять в протиріччя з уявленнями людини про "правильні якості партнера" [17].

Важливим для розуміння механізмів формування невротичних розладів є динаміка появи симптомів і закономірна етапність клінічних проявів і психологічний переживань, що з'являються в перші ж дні і навіть години після психотравмуючої ситуації. В.Д. Менделевич виділяє чотири етапи неврозогенезу (рис. 1).

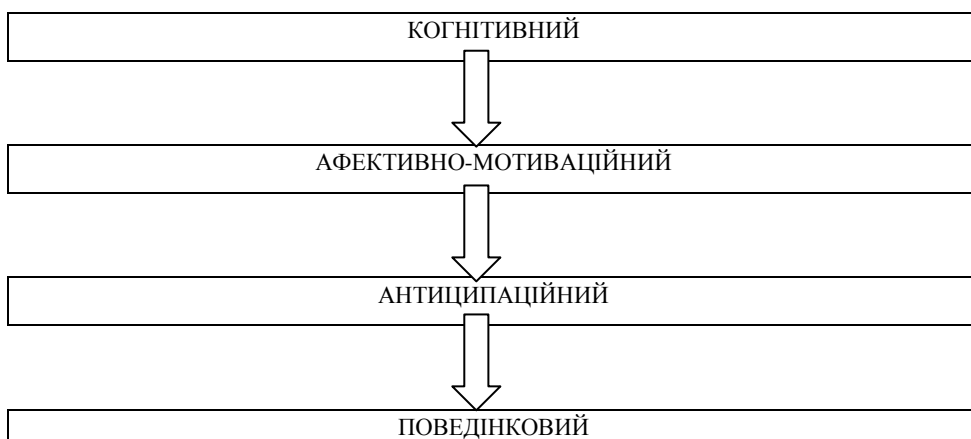


Рис. 1. Етапність формування невротичних симптомів

У психологічній платформі вивчення неврозогенезу можна відзначити два напрями: по-різному оцінюють процес сприйняття і усвідомлення інформації та його роль у виникненні невротичних розладів. До першого слід віднести положення та подання М.М. Хананашвілі про "інформаційну тріаду", що лежить в основі неврозу. В неї включаються: 1) необхідність обробки і засвоєння великого обсягу високо значущої інформації (включаючи і необхідність прийняття рішення); 2) хронічний дефіцит часу, відведеного на таку роботу мозку; 3) високий рівень мотивації. При наявності "інформаційної тріади" закономірно з точки зору М.М.Хананашвілі виникає невроз і різноманітні психосоматичні розлади [20].

На першому етапі (когнітивному), що виникає безпосередньо слідом за дією психотравмуючої ситуації, психічна діяльність пацієнтів спрямована на усвідомлення того, що трапилось. При цьому хворі можуть перебувати в різному емоційному стані – депресивному, дисфоричному, апатичному, ейфоричному, але частіше за інших поліморфном, яке викликається ситуативними моментами і відпрацьованими і апробованими стереотипами реагування на кризові, шоківі ситуації. Переважна більшість хворих намагається відповісти собі на такі питання: "Що ж сталося, як це загрожує соціальному, психологічному або якомусь іншому статусу, що думають з приводу події близькі люди (або учасники і свідки конфлікту)" і інше. Відбувається своєрідне "орієнтування на місцевості" (фаза орієнтації). Пацієнти намагаються зрозуміти нові умови, які поставлені ситуацією, виявити негативні і позитивні сторони нового статусу. Орієнтація в цьому є лише однією зі сторін психологічного орієнтування, інші - орієнтування в минулому і майбутньому - виникають на інших етапах формування невротичних розладів.

У другій фазі когнітивного етапу хворими проводиться оцінка психічної діяльності, тобто подія ранжується по значущості, ступеню впливу на всілякі сторони життя пацієнта, серйозність і принциповість змін, що виникли у зв'язку з психотравмою. Крім цього, фаза оцінки використовується хворими для відповідей на питання про причини конфлікту, винуватців цієї ситуації. Як правило, ретельно і скрупульозно

відтворюється в пам'яті і аналізується ситуація і весь комплекс чинників, що передували їй. При цьому пацієнт у своїх міркуваннях іноді доходить до спогадів дитинства, образ, завданих йому протягом життя. Особливо його цікавить оцінка ступеня власної і чужої відповідальності в цій події, аналіз того, що можна було б змінити для того, щоб цього не сталося. Такі роздуми домінують у фазі оцінки когнітивного етапу формування невротичних розладів. Як раніше симптоматика не носить суворо оформленого характеру, є поліморфною, однак порівняно з першою фазою набір афективних симптомів звужується до мінімуму. Практично не спостерігається ейфорійного і апатичного симптомокомплексу, домінуючою ж виявляється депресивна симптоматика. Структурування виражених афективних синдромів відбувається в основному на наступному етапі формування невротичних розладів. Когнітивний етап - особливо у фазі оцінки - відіграє істотну роль. Слід зазначити, що визначити емоційний стан пацієнтів за допомогою психопатологічних дефініцій на першому етапі представляє значні труднощі і не може вважатися коректним. Вивчення клінічних особливостей емоційних станів на першому етапі показує, що слід говорити, в основному, про такі психологічні феномени як розчарування, розгубленість (афект здивування неспихотичного рівня) і образа. Останній феномен виявляється базовим для подальшого формування афективних невротичних симптомів і синдромів [10; 12].

Аналіз емоційних переживань, які спостерігаються на першому (когнітивному) етапі формування невротичних розладів показує, що вони ґрунтуються не тільки на мотиваційних особливостях особистості, але й на деяких когнітивних (пізнавальних) особливостях. Всі первинні емоційні переживання формуються у хворих на основі несподівано викликаній психотравмуючої ситуації, а фактор несподіванки відображає недосконалість (або, принаймні, специфіку) механізмів антиципації. Як правило, образа - найбільш широко представлена на першому етапі психічного переживання - виникає внаслідок неспівпадання завищеного, зайво оптимістичного або довірливого ставлення до оточуючих і реальною оцінкою їх дій в умовах конфлікту або будь-яких інших взаємин. Подібна закономірність спостерігається і при афекті розчарування, і при почутті розгубленості і здивування.

Слідом за першим (когнітивним) етапом формування невротичних розладів виникає другий - афективно-мотиваційний. Тривалість першого коливається від декількох днів до декількох тижнів, тривалість другого досягає декількох місяців. Афективно-мотиваційний етап виявляється наступними симптомокомплексами: депресивним, тривожно-депресивним, фобічним, істеричним, іпохондричним. Поведінка хворих на цьому етапі повністю впливає з афективно насиченої патології, дії, диктується емоційними переживаннями, спогадами про психотравмуючі епізоди і про триваючі впливи конфлікту. Ймовірне прогнозування майбутнього блокується яскраво вираженими афективними розладами. Пацієнти націлені на поверхневий аналіз того, що сталося, своєї поведінки і поведінки "кривдників" або розмірковують про сьогодення психічного неблагополуччя, оскільки афективні порушення поєднуються з вегетативно-судинними пароксизмами. Слід зауважити, що на цьому етапі увагу хворих особливо приваблює своє самопочуття. Саме в цей період з'являється комплекс соматоформних розладів: цефалгій, вегетативних кризів, порушень дихання, травлення та інше. Пацієнти зосереджені на сьогоденні, шукають допомоги і співчуття частіше у зв'язку з психосоматичними проявами. Своєрідна "втеча в хворобу" може розглядатися, з одного боку, як ухилення від тверезої оцінки реальності і нездатності вирішити конфлікт, з іншого, як неможливість, небажання або невміння спрогнозувати варіанти випадків несвідомо обраного стереотипу власних дій і вчинків [11; 12; 13].

Надалі настає антиципаційний етап формування невротичних розладів. Він є визначальним у результаті неврозу. В процесі антиципаційної діяльності формується альтернатива: або пацієнт створює когнітивну базу для використання методів психологічної компенсації і самостійно справляється з афективною симптоматикою, або

особливості антиципації не дозволяють йому застосовувати психокорекційні дії, і невротична реакція переходить в стійкий невротичний стан.

У групах хворих невротиками на відміну від "неврозостійких осіб" неврозогенез протікає іншим шляхом. При структуруванні майбутнього пацієнти націлені на моноваріантний прогноз, який полягає в однозначно песимістичній оцінці результатів вирішення конфлікту ("нічого вже зробити не можна"; "нічого не повернути"; "раніше треба було думати"), визнання малозначущості власної ролі в можливіх вирішеннях ситуації ("я - людина слабка, мені не по плечу підняти цей вантаж"; "що я можу зробити?"; "чи в моїх це силах?"; "від мене нічого не залежить") і відмову уявити собі шляхи позитивного результату ситуації. "Все буде погано" - такий лейтмотив роздумів більшості пацієнтів на третьому етапі формування невротичних розладів, що відображає так званий моноваріантний тип імовірного прогнозування, який домінує при невротиках в порівнянні з психічно здоровими особами.

Четвертий (поведінковий) етап формування невротичних розладів визначає вироблення стратегії поведінки в нових умовах, коли конфлікт продовжує залишатися невирішеним, і з психопатологічними феноменами поєднуються вегетативно-судинні та інші соматичні еквіваленти психічних розладів. У хворих стратегія поведінки полягає як у типових невротичних реакціях і захисних механізмах дій (невротичних ритуалах, обмежувальних формах поведінки тощо), так і в специфічних способах використання методів психологічної компенсації (психокорекції). В.Д.Менделевич виділяє три типи використання хворих невротиками методів психокорекції: "лімітована", "дефіцитарна" і "атитюдна" психокорекція [14].

Висновки. Клінічно лімітована психокорекція проявляється в так званій неможливості використовувати методи психологічної компенсації, при якій зазначається стереотипна поведінка пацієнтів в конфліктних ситуаціях. Основною її характеристикою є стійкість, незмінність, ригідність поведінки. Пацієнти, які використовують лімітовану психокорекцію, практично все своє життя перебували в преневротичному стані. Їх відрізняла підвищена вразливість, емоційна негнучкість, труднощі адаптації до нових обставин.

Дефіцитарна психокорекція відрізняється так званим невмінням хворих використовувати в період конфлікту і невротичного синдромоутворення методи психологічної компенсації (психокорекції). На відміну від осіб, які застосовують лімітовану психокорекцію, при використанні дефіцитарної переважає не ліміт – обмеження психокорекційних здібностей, пов'язаних з особистісними, у тому числі характерологічними особливостями, але їхній дефіцит. У клініці дефіцитарна психокорекція відрізняється від лімітованої, по-перше, ступенем усвідомлення дезадаптованості невротичного стилю поведінки, ухиленням від вирішення конфлікту, більш реальною оцінкою ситуації і власної позиції і ролі в психотравмуючих обставинах; по-друге, характером і ступенем піддатливості під впливом психотерапевтичних порад лікаря або здорових думок рідних і близьких.

Під атитудною психокорекцією мається на увазі небажання хворими в період невирішеного конфлікту робити певні дії, що призводять до його прояснення або зникнення симптоматики, і використовувати методи психологічної компенсації (психокорекції). Суть атитудної психокорекції полягає в клінічно виявленому ухиленні від використання психокорекційних заходів і нормалізації власного психічного статусу.

Література

1. Айрапетянц М.Г. Неврозы в эксперименте и в клинике / М.Г. Айрапетянц, А.М. Вейн. - М. : Наука, 1982.-272 с.
2. Айрапетянц М.Г. Вопросы патогенеза экспериментальных неврозов / М.Г. Айрапетянц // Вестник АМН СССР. - 1987.-№8.-С.76-83.

3. Бехтерев В.М. Объективное исследование больной личности как основа патологической рефлексологии / В.М. Бехтерев. – Научная медицина, 1922. - № 9.
4. Вейн А.М. К соотношению клинических и экспериментальных неврозов / А.М. Вейн // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П.Павлова. 1981.-Т.31.-№1.-С.196-198.
5. Вейн А.М. Функциональные и органические заболевания (неврологическая позиция) / А.М. Вейн //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.- 1989.-Т.89.- Вып.11-С.3-6.
6. Захаржевский В.Б. «Факторы риска» невротической патологии / В.Б. Захаржевский, Л.Л. Дмитриева, В.Ф. Михеев // Неврозы: экспериментальные и клинические исследования. - Л.: Наука, 1989.-С.114-133.
7. Захаржевский В. Б. Физиологические аспекты невротической и психосоматической патологии [Текст] : механизмы специфичности психовегетативного эффекта / В. Б. Захаржевский ; отв. ред.: М. Г. Айрапетянц, Б. Д. Карвасарский ; Ин-т физиологии им. И.П. Павлова АН СССР. - Л. : Наука, 1990. - 176 с.
8. Карвасарский Б. Д. Неврозы [Текст] : руководство для врачей / Б. Д. Карвасарский. - 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1990. - 573 с.
9. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б. Д. Карвасарский. – СПб. : Питер Ком, 1998. – 752 с. – (Серия «Мастера психологии»).
10. Менделевич В.Д. Патопсихологическая оценка нозологической самостоятельности неврозов / В.Д. Менделевич //Казанский мед. журн. 1988.-№1-С.56-59.
11. Менделевич В.Д. Значение некоторых личностных характеристик в развитии неврозов / В.Д. Менделевич // Пограничные психические расстройства (Сборник трудов). –М., 1988.-С.52-57.
12. Менделевич В.Д. О некоторых психологических механизмах неврозогенеза / В.Д. Менделевич //Психол. журн. 1990.-№6-С.113-117.
13. Менделевич В.Д. К обоснованию патогенетической значимости некоторых психологических механизмов неврозогенеза / В.Д. Менделевич //Обзор психиатрии и медицинской психологии им.В.М.Бехтерева. -1991.-№.3-С.40-46.
14. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство / В.Д.Менделевич. – М. : МЕДпресс, 1999. – 592 с.
15. Мясичев В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясичев. - Л. : Изд-во ЛГУ, 1960. - 426 с.
16. Павлов И.П. Полн. собр. соч. / И.П. Павлов. – Т. 4. - М. : Изд-во Академии медицинских наук СССР, 1952. – 453 с.
17. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан. – Изд-во: Институт позитивной психотерапии, 2006. - 464 с.
18. Ушаков Г.К. Пограничные нервно психические расстройства / Г.К. Ушаков. - М.: Медицина, 1987.-304с.
19. Франкл В. Человек в поисках смысла / В. Франкл. – М. : Прогресс, 1990. – 453 с.
20. Хананашвили М.М. Информационные неврозы / М.М. Хананашвили. -Л.: Медицина, 1978.-143с.
21. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза / К. Хорни. – СПб. : Лань, 1997. – 240 с.
22. Toward a psychology of situations: An interpersonal perspective / Magnusson D. (ed.) Hillsdale, 1981. – 132 p.
23. Wolpe J. Experimental neuroses as learned behavior / J. Wolpe // British J. Psychol, 1952. – № 43. - P. 243–268.

References

1. Ajrapetjanc M.G. Nevrozy v jeksperimente i v klinike / M.G. Ajrapetjanc, A.M. Vejn. - М. : Nauka, 1982.-272 s.
2. Ajrapetjanc M.G. Voprosy patogeneza jeksperimental'nyh nevrozov / M.G. Ajrapetjanc // Vestnik AMN SSSR. - 1987.-№8.-S.76-83.

3. Behterev V.M. Obektivnoe issledovanie bol'noj lichnosti kak osnova patologicheskoj refleksologii / V.M. Behterev. – Nauchnaja medicina, 1922. - № 9.
4. Vejn A.M. K sootnosheniju klinicheskikh i jeksperimental'nyh nevrozov / A.M. Vejn // Zhurnal vysshej nervnoj dejatel'nosti im. I.P.Pavlova. 1981.-T.31.-№1.-S.196-198.
5. Vejn A.M. Funkcional'nye i organicheskie zabolevanija (nevrologicheskaja pozicija) / A.M. Vejn // Zhurnal nevropatologii i psihiatrii im. S.S.Korsakova. - 1989.-T.89.-Vyp.11-S.Z-6.
6. Zaharzhetskij V.B. «Fakторы riska» nevroticheskoi patologii / V.B. Zaharzhetskij, L.L. Dmitrieva, V.F. Miheev // Nevrozy: jeksperimental'nye i klinicheskie issledovanija. - L.: Nauka, 1989.-S.114-133.
7. Zaharzhetskij V. B. Fiziologicheskie aspekty nevroticheskoi i psihosomaticheskoj patologii [Tekst] : mehanizmy specifichnosti psihovegetativnogo jeffekta / V. B. Zaharzhetskij ; otv. red.: M. G. Ajrapetjanc, B. D. Karvasarskij ; In-t fiziologii im. I.P. Pavlova AN SSSR. - L. : Nauka, 1990. - 176 s.
8. Karvasarskij B. D. Nevrozy [Tekst] : rukovodstvo dlja vrachej / B. D. Karvasarskij. - 2-e izd., pererab. i dop. – M. : Medicina, 1990. - 573 s.
9. Karvasarskij B. D. Psihoterapevticheskaja jenciklopedija / B. D. Karvasarskij. – SPb. : Piter Kom, 1998. – 752 s. – (Serija «Mastera psihologii»).
10. Mendel'evič V.D. Patopsihologicheskaja ocenka nozologicheskoi samostojatel'nosti nevrozov / V.D. Mendel'evič // Kazanskij med. zhurn. 1988.-№1-S.56-59.
11. Mendel'evič V.D. Znachenie nekotoryh lichnostnyh harakteristik v razvitii nevrozov / V.D. Mendel'evič // Pogranichnye psihicheskie rasstrojstva (Sbornik trudov). -M., 1988.-S.52-57.
12. Mendel'evič V.D. O nekotoryh psihologicheskikh mehanizmah nevrozogeneza / V.D. Mendel'evič // Psihol. zhurn. 1990.-№6-S.113-117.
13. Mendel'evič V.D. K obosnovaniju patogeneticheskoi znachimosti nekotoryh psihologicheskikh mehanizmov nevrozogeneza / V.D. Mendel'evič // Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im.V.M.Behtereva. -1991.-№3-S.40-46.
14. Mendel'evič V.D. Klinicheskaja i medicinskaja psihologija. Prakticheskoe rukovodstvo / V.D.Mendel'evič. – M. : MEDpress, 1999. – 592 s.
15. Mjasishhev V. N. Lichnost' i nevrozy / V. N. Mjasishhev. - L. : Izd-vo LGU, 1960. - 426 s.
16. Pavlov I.P. Poln. sobr. soch. / I.P. Pavlov. – T. 4. - M. : Izd-vo Akademii medicinskih nauk SSSR, 1952. – 453 s.
17. Pezeshkian N. Psihosomatika i pozitivnaja psihoterapija / N. Pezeshkian. – Izd-vo: Institut pozitivnoj psihoterapii, 2006. - 464 s.
18. Ushakov G.K. Pogranichnye nervno psihicheskie rasstrojstva / G.K. Ushakov. -M.: Medicina, 1987.-304s.
19. Frankl V. Chelovek v poiskah smysla / V. Frankl. – M. : Progress, 1990. – 453 s.
20. Hananashvili M.M. Informacionnye nevrozy / M.M. Hananashvili. -L.: Medicina, 1978.-143s.
21. Horni K. Nashi vnutrennie konflikty. Konstruktivnaja teorija nevroza / K. Horni. – SPb. : Lan', 1997. – 240 s.
22. Toward a psychology of situations: An interpersonal perspective / Magnusson D. (ed.) Hillsdale, 1981. – 132 r.
23. Wolpe J. Experimental neuroses as learned behavior / J. Wolpe // British J. Psychol, 1952. – № 43. - R. 243–268.

Завацкий В.Ю.

Теоретико-методологические подходы к механизмам формирования невротических расстройств и их коррекция

В статье приведены теоретико-методологические подходы к механизмам формирования невротических расстройств и их коррекции. Раскрыты антинозологическая, нейрофизиологическая, патофизиологическая и психологическая платформы неvrozogeneza. Определены этапы формирования невротических симптомов

(когнитивный, аффективно-мотивационный, антиципационный, поведенческий) и особенности каждого из них. Показаны типы использования больными невротами методов психокоррекции (лимитированной, дефицитарной и аттитюдной).

Ключевые слова: невротические расстройства, механизмы формирования невротических расстройств, психологическая коррекция, психотерапия.

Zavatsky V. Y.

Theoretical and methodological approaches to the mechanism of formation of neurotic disorders and their correction

The paper presents the theoretical and methodological approaches to the mechanism of formation of neurotic disorders and their correction. Antinotologichnaya disclosed, neurophysiological, psychological and pathophysiological platform nevrozogenezua The stages of the formation of neurotic symptoms (cognitive, affective-motivational, antiticipacionnoj, behavioral) and the characteristics of each of them. Shows the types of neurotic patients use methods of psychological correction (limited, deficit and attitudnoy).

Key words: neurotic disorders, mechanisms of neurotic disorders, psychological correction, psychotherapy.

Завацький Вадим Юрійович – магістрант спеціальності «Психологія» Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк.

UDK 316.61: 316.356.2 – 053.81 – 058.8

Zavatsky Yu.A.

PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF SUBJECTIVE WELL-BEING OF A MARRIED COUPLE

The socio-psychological analysis of the problem of subjective well-being of a married couple is conducted in the article; social aspects affecting personalities and their development in marriage relations are analyzed.

Key words: personality, family, socio-psychological factors, subjective well-being.

Problem definition. Currently the society is in the process of changes and conversions in all spheres of life. These transformations have touched upon the family system in which the central place is occupied by marital relations. Further continuation of development of a personality and interaction of spouses are the basis of the family well-being and psychological comfort of its each member. The quality of marital relations is greatly determined by the well-being of a person in marriage, his/her social and psycho-physical well-being. Well-being of a person in marriage is not unimportant and can be determined by socio-psychological aspect. Social psychology has significant theoretical and practical material on marital well-being and well-being of a person in marriage, but rather few researches are given to socio-psychological adaptation and functioning of a personality in society.

Analysis of the recent researches and publications. Study of various socio-psychological aspects of a personality in marriage is made in the researches by S.S. Sedelnikova (motives and reasons for divorce), L.A. Gordon, E.V. Klopova (family life cycle), I.A. Gerasimova, V.L. Ruzhze, A.G. Volkov (expected duration of marriage), N.V. Malyarova (typology of marital conflicts), T.J. Gurko (young family), and others.

The purpose of the article is to reveal socio-psychological problems of a personal well-being of the family and determine the way of their solution.