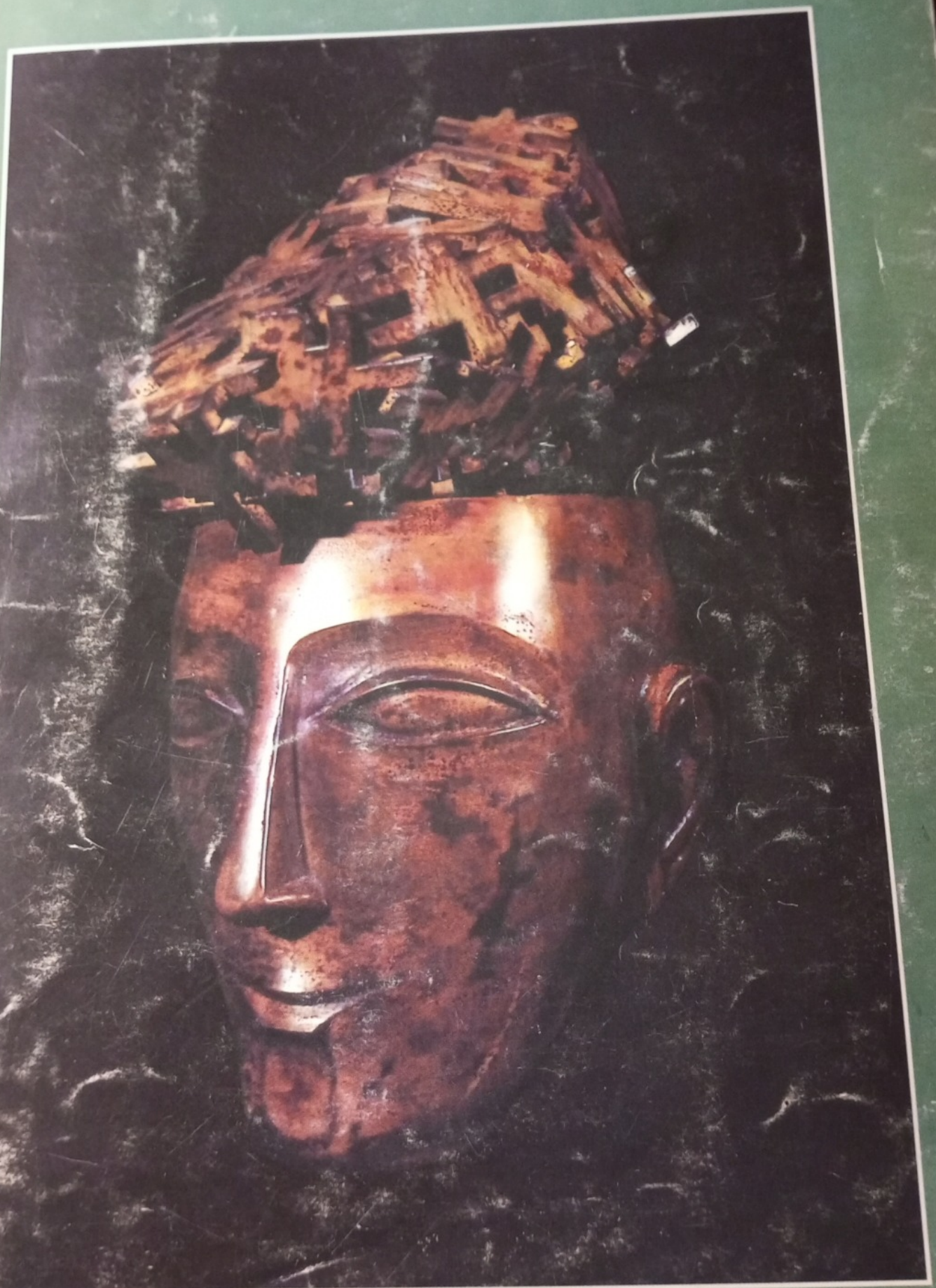
ВІСНИК ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

№2, 1999



ВІСНИК ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Періодичне міждисциплінарне науково-практичне та інформаційне видання, присвячене актуальним питанням охорони психічного здоров'я

Одеська асоціація психіатрів
Одеське товариство психічного здоров'я
Одеська громадська агенція соціально-психологічної допомоги молоді та сім'ї

№2
1999

Журнал «Вісник психічного здоров'я» заснований з благодійною метою для поширення світового та національного наукового та практичного досвіду в охороні психічного здоров'я, висвітлення результатів реформування психіатричної, психотерапевтичної та медико-психологічної допомоги у світі та в Україні, новин соціальної та клінічної психіатрії, психотерапії, клінічної психології, психофармакотерапії та психосоціальної реабілітації (свідотство про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації серія КВ № 3311 від 22. 06. 1998 р., видано Міністерством інформації України).

Журнал поступає до Європейської Ради охорони психічного здоров'я, у медичні бібліотеки усіх областей України, НАН України, бібліотеки та на кафедри психіатрії, психології та психотерапії медичних ВУЗів України, до головних психіатрів управлінь охорони здоров'я обласних держадміністрацій, психіатрів, психотерапевтів, клінічних психологів України та наукових центрів охорони психічного здоров'я СНГ. Журнал також розповсюджується за допомогою Інтернет.

Редакція може публікувати статті в порядку обговорення, не поділяючи поглядів авторів. Статті публікуються на мові оригіналу. За достовірність представленної науково-практичної інформації несуть відповідальность автори матеріалів. Редакція зберігає за собою право скорочення і літературного редактування прийнятих до публікації матеріалів без згоди з авторами. Рукописи авторам не повертаються.

Адреса редакції:
65011 Україна, м. Одеса, вул. Пушкінска, 51,
Журнал «Вісник психічного здоров'я».
Тел.: (0482) 24-50-44. Факс: +38 (0482) 733-90-18.
E-mail: levinsky@rc.odessa.ua

Український журнал **«Вісник психічного здоров'я»**

Предпечатная подготовка, маркетинговое обеспечение:
«Маркет-Ревю» (Инновационно-ипотечный центр).
65091, Одесса-91, ул. Садиковская, 1.
Тел./факс: (0482) 732-86-22. E-mail: hipotcnt@paco.net
Подписано в печать 02.08.99. Сдано в набор 03.08.99.
Отпечатано с готового оригинал-макета: Раздельнянская типография, Одесская обл., г. Раздельная, ул. Ленина, 44.
Тираж 500 экз. Заказ № 401.

На першій - четвертій сторінках журнала репродукції відомого Одеського скульптора **Михайла Реви**

ГОЛОВНІ РЕДАКТОРИ:
О. Г. Годлевський М. В. Левінський

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:
В.О. Затолокін, С.О. Маляров,
І. А. Марценковський, Б. А. Насібуллін,
Л. П. Пономаренко - відповідальний секретар

РЕДАКЦІЙНА РАДА:
В. С. Битенський (Україна) – (головуючий),
В. А. Абрамов (Україна),
С. А. Андронаті (Україна),
Л. Ф. Бурлачук (Україна)
D. A. Wasylenki (Канада),
П. В. Волошин (Україна),
І. Я. Гурович (Росія),
K. Jensen (Данія)
Т. Б. Дмитриєва (Росія),
В. М. Запорожан (Україна),
В. Є. Каган (Росія),
A. M. Carrol (Канада)
C. Cekiera (Польща),
І. І. Кутько (Україна),
P. Lahti (Фінляндія),
Н. О. Марута (Україна),
Б. В. Михайлов (Україна),
С. Н. Мосолов (Росія),
О. К. Напреєнко (Україна),
В. С. Підкоритов (Україна),
Ю. В. Попов (Росія),
А. М. Романський (Україна),
В. П. Самохвалов (Україна),
J. G. Simeon (Канада),
О. О. Фільц (Україна),
С. І. Табачников (Україна),
Л. Ф. Шестопалова (Україна),
P. Schatz (Канада)

© О.В. КОРНІЄНКО, 1999
УДК 616.33-022.44

Проблемна стаття

ПРОБЛЕМА ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ ЖИТТЯ

О.В. Корнієнко

Кафедра психодіагностики та медичної психології Факультету соціології та психології Національного Університету ім. Тараса Шевченка (Україна)

THE PROBLEM OF PSYCHOSOMATIC HEALTH PROMOTION IN MIDDLE AGED PEOPLE

Oleksiy Korniyenko

Department Psychodiagnostic and Medical psychology,
Faculty Sociology and Psychology, National Taras Schevchenko University (Ukraine)

It have been researched the general literature review of the problem in publications of Western and Eastern scientists. Medial-biological approach (heretability of some psychological traits, biological predisposition for health, disease and boundary state between the first two). Cognitive approach (problem-solving, coping strategy). Emotional approach (ability to regulate and control the state of depression, fear, emotional instability etc.). Behavioral approach (the role of health, disease oriented behavior, possibility of positive-negative shifting personality traits). Motivational approach (personal values, interest, toward healthy way of life, methods for maintenaning positive intentions to internal and external well-being, subjective and objective state of health). The survey of problem of middle aged people among Ukrainian population. For the present moment of research program are being developed.

Актуальність дослідження

Визначаючи принципові завдання напрямків діяльності «медичної психології» чи її синоніму «clinical psychology» (загальноприйнятого терміну в індустріально-розвинених країнах Заходу), доцільним буде згадати деякі класичні концепції основоположників даного напрямку перед фахівців колишнього Радянського Союзу.

Вчений А. Гольдшейдер [11] розробив концепцію про аутопластичну картину захворювання», яка формується самим хворим на основі сукупності його уявлень та переживань, пов'язаних з його фізичним станом. Автор виділяє два рівня картини хвороби - «сензитивний», який формується на відчуттях, та «інтелектуальний», котрий є результатом роздумів хворого про свій фізичний стан. Р.А. Лурія [19] продовжив розвиток ідей А. Гольдшейдера, виділивши, також, проблему «внутрішньої картини хвороби». Починаючи з праць Г.А. Захар'їна [13], М.Я. Мудрова [20], П.Б. Гальперіна [10] намітився цілісний підхід в дослідженнях хворих людей, суть якого полягає в вивченні та правильному розумінні ролі особистості при виникненні того чи іншого захворювання, що дозволяє досягти більшої ефективності в вивченні етіології та патогенезу захворювання, так і в організації лікування та профілактики захворювання.

Вказуючи на необхідність цілісного підходу до хворого Ф.В. Басін відмічав, що хвороба як процес залежить не тільки від зовнішніх, але й від внутрішніх суб'єктивних моментів, від особистості хворого, від його емоційних переживань [4]. На думку вченого, недостатньо вивчена «вага» психологічного фактору, його функціональне значення, об'єм зрушень, які він може обумовлювати як в ускладненні прямого, так і зворотнього розвитку хвороб. Нас представляє інтерес припущення Ф.В. Басіна про те, що «вага» психологічного фактору, можливо, особливо велика у фазі початку хвороби та знижується за мірою заглиблення захворювання. На зменшення значення реакції хворого в залежності від ризику захворювання, також вказували Я.П. Фрумкін та І.А. Мізрухін [28].

На необхідність наукового розуміння єдності біологічного та соціального у людини для правильної оцінки взаємостосунків організму, особистості та ролі особистості і хвороби вказували також В.Н. Мясіщев, М.С. Лебединський [21].

У зв'язку з появою досліджень суб'єктивної сторони захворювання була введена ціла низка термінів, визначаючих відображення хвороби в психіці людини. Як вже вказувалось, було введене поняття «аутопластична картина захворювання». Е.А. Шевальовим, В.В. Ковальовим - «переживання хвороби», Е.К. Краснушкіним - «почуття хвороби», Л.Л. Рохліним - «свідомість хвороби», «відношення до хвороби», Д.Д. Федотовим - «реакція на хворобу», Е.А. Шевальовим, О.В. Кебріковим - «реакція адаптації», Я.П. Фрумкіним, І.А. Мізрухіним, Н.В. Івановим - «позиція хвороби», «масштаб переживання хвороби» та інші.

Таким чином, фахівці колишнього Радянського Союзу: клініцисти, психофізіологи, психіатри протягом досить тривалого часу з 1909 по 1977 рік грунтовно дослідили та продовжують в більшій мірі акцентувати увагу на понятійному апараті термінів «внутрішньої картини хвороби». В публікаціях закордонних фахівців також зустрічається детальне описання суб'єктивної сторони хвороби. Так, наприклад, Р. Конечний, М. Боухал [17] повертаються знову до відомого фахівцям медичної психології поняття «аутопластичної картини хвороби»; V. Vondracek [43], G. Byrne [33] - «відношення до хвороби»; A. Hulek [38] - «реакції на захворювання», котра залежить від характеру та прогнозу захворювання і виділяють при цьому вісім типів; Z. Lipowski [39] пропонує типологію «психосоціальних реакцій на хворобу», виділяючи три компоненти; J. Heszen-Klemens [37] вводить поняття

«образ особистого захворювання». S.D. Michall [34] один із небагатьох авторів, котрий розглянув «відношення людини до хворобі в динаміці».

Представлений короткий аналіз першоджерел виявляє орієнтацію клініцистів, медичних психологів, психіатрів країн близького та далекого зарубіжжя на використання методів психосоматичного напрямку (профілактики, лікування відповідних захворювань), спираючись при цьому на теорію аутопатології Dunbar, Alexander [35, 32].

Враховуючи вищесказане, робочими гіпотезами даної статті можуть бути слідуючі положення:

1. Виходячи з поняття «внутрішньої картини захворювання» очевидна необхідність поетапної розробки критеріїв та структури «об'єктивної та суб'єктивної картини здоров'я» протягом розвитку життєвого шляху індивіда-активного суб'єкта життя.
2. Виділяється актуальність поняття здоров'я «практично здорової особистості» людей середнього віку життя та пошуку ефективних методик: індивідуально-психологічного, психофізіологічного, психотерапевтичного та оздоровчо-рекреаційного спрямування для підтримання психосоматичного здоров'я людей даної вікової групи.

Об'єктом дослідження є пошук шляхів розвитку, формування, корекції та підтримання критеріїв психосоматичного здоров'я людей середнього віку життя. Предметами, на нашу думку, виступають «здоров'я практично здорової людини» та проміжний стан між здоров'ям та хворобою.

Задачами, поетапно розкриваючими зміст мети, будуть слідуючі положення:

1. Дослідження загального стану та тенденції розвитку: соціально-психологічних, медико-біологічних, психофізіологічних проблем людей середнього віку життя (на прикладі аналізу праць фахівців близького та далекого зарубіжжя).
2. Систематизація та виділення фундаторських праць авторів базових понять: «здоров'я практично здорової людини», «психосоматичний стан», «проміжний стан між здоров'ям та хворобою», «третій стан», «екстремальний стан».

Загальна характеристика проблеми

Як відомо, проблему людей середнього віку життя характеризують як «вік кризи середини життя» К. Юнг [31], Б.С. Братусь [6]. Крім комплексу психологічних проблем в цей період виникають різні розлади ендокринної, серцево-судинної і нервово-психічної сфер. Цей період може бути визначений як суміжний між здоров'ям та хворобою, а звідси очевидна суспільна і індивідуальна необхідність «утримання здоров'я». У зв'язку з цим в монографії В.В. Ніколаєвої [24] була зазначена обмежена кількість вітчизняних психологічних досліджень проблем розвитку психіки особистості дорослої людини: Л.І. Анциферова [2], Б.В. Зейгарнік, Б.С. Братусь [14].

В них було зазначено, що розвиток дорослої людини підпорядковується тим же закономірностям, що і розвиток дитини. Кризи розвитку у дорослої людини також можливі, вони реалізуються до переходу на нову ступінь життєвого розвитку, чи в ситуації коли з віком проявляється обмеження психічної діяльності особистості. Характер їх змісту, також, залежить від соціальної ситуації розвитку особистості. Головне в ній - накопичення протиріч вже у сформованій актуальній соціальній ситуації розвитку (наприклад між можливостями та системою змістовних зв'язків зі світом, між зовнішніми обставинами та внутрішніми умовами розвитку і т.п.) В літературі відмічається [14], що кризи дорослого віку мають цілий перелік особливостей при порівнянні з кризами розвитку у дітей. На думку даних авторів вони не мають жорсткої віднесенності до віку, можуть бути спровоковані ситуаційно; динаміка їх проходження, також буває різною: вони можуть накопичуватися поступово. Але допустиме раптове їх виникнення при появі різких змін в соціальній ситуації розвитку. Загальним підсумком психологічних новоутворень не характерних для попередніх етапів розвитку.

В роботах зарубіжних дослідників проблеми людей середнього віку життя представлені в іншій інтепретації. Так, на думку E.H. Erikson [36] людина протягом життя проживає вісім психосоціальних кризів, специфічних для кожного віку, сприятливість чи не сприятливість їх завершення визначає можливість наступного розвитку особистості. В свою чергу R. Peck [41] відстоює особливу важливість двох останніх криз життя людини, котрі вона відповідно переживає в зрілому віці та в старості і описує їх характерні проблеми.

Сьома криза переживається людиною в сорокалітньому віці. Цей вік характеризується розвитком відчуття збереження роду (генеративності), що виражається головним чином в «інтересі до слідуючого покоління та його вихования». Цей період життя відрізняється високою продуктивністю та творчістю в самих різних сферах життєдіяльності людини. Якщо, навпаки, еволюція подружнього життя розвивається іншим шляхом, то вона може затриматись у стані псевдовідносин (стагнації), що прирікає подружжя на існування тільки для самих себе з ризиком занепаду міжособистістних стосунків.

Peck R. виділяє чотири підкризи, вирішення яких є необхідною умовою для розвитку аутентичної генеративності. По-перше, іде мова про розвиток у людини поваги до мудрості, яка заміняє переважаючу роль фізичної хоробрості молодого віку. По-друге, важливо, щоб сексуалізація соціальних стосунків поступилася місцем їх соціалізації (що відповідно призводить до послаблення сексуальних ролей). По-третє, необхідно заперечувати афективному зубожінню, пов'язаному з смертю близьких людей чи відособленням дітей та збереженням емоційної гнучкості, котра сприяє афективному збагаченню в інших формах. Важливим, також, є те, щоб людина намагалась зберегти більше душевної гнучкості та продовжувала пошук нових форм поведінки, замість того, щоб дотримуватися старих звичок та перебувати в деякій психічній ригідності.

Восьма криза - переживається під час старіння. Вона представляє собою завершення попереднього життєвого шляху та його оцінка залежить від того, як він був прожитий людиною. Досягнення людиною цілісності свого життя базується на підведенні нею підсумків минулого життя та усвідомленні його як єдиного цілого, в якому вже нічого не можна змінити. Якщо людина не може звести всі свої минулі вчинки в єдине ціле, вона завершає своє життя в страху перед смертю та у відчаї від неможливості почати нове життя.

На думку R. Peck, для розвитку почуття повноцінності людині необхідно перебороти три підкризи. Перша з них полягає в переошінці свого «Я» окрім його професійної ролі, котра у багатьох людей майже до переходу на пенсію залишається головною. Друга пов'язана з усвідомленням факту погіршення здоров'я та старіння тіла, що дає можливість виробити людині необхідну байдужість. В результаті третьої підкризи у людини зникає самозаклопотанність і вона може без жаху спокійно прийняти думку про смерть.

Американські психологи P. Mussen, J. Conger, J. Kagan [40], досліджуючи проблеми людини «віку кризи», відмічають слідуючі закономірності. Піддослідні після тридцяти років помічають у себе скарги на тяжку депресію, втому, все більше покладаються на «мозок», а не на «м'язи». Вони знаходять нові переваги в знаннях, котрі акумулюють життєвий досвід, набуваючи при цьому мудрості. Після п'ятидесяти років увага людини ще більше фокусується на проблемах здоров'я, а також на сімейних та економічних повсякденних турботах.

Перша стадія середнього віку починається біля тридцяти років та переходить до початку слідуючого десятиліття. Цю стадію називають «десятиліттям фатальної межі», «кризою середини життя». Основними положеннями даних концепцій є усвідомлення розходження між мріями та життєвими цілями людини і реальністю її існування. Оскільки людські мрії майже завжди мають нереалістичні риси, іноді навіть фантастичні, оцінка їх розходження з реальністю на цій стадії, як правило, пов'язана з негативними та емоційно-обтяжливими проявами. Заповнюючи опитувальники, люди в віці 35-40 років починають не погоджуватися з такими фразами як «ще є багато часу, щоб зробити більшу частину того, що я хочу». Замість цього вони говорять: «Досить пізно що-небудь змінити в моїй кар'єрі». В 20-30 років людина може бути «подаючою надії» — люди можуть, наприклад, сказати про неї: «Ось багатонадійний молодий артист, керівник, психолог чи адміністратор». Але після 40 років вже ніхто так не скаже - це час виконання обіцянок.

Спираючись на результати досліджень вищеперелічених авторів, необхідно зробити слідуючий висновок: *людина в даному віковому періоді повинна прийняти той факт, що вона вже ніколи не стане президентом кампанії, сенатором чи письменником, котрий користується шаленим успіхом.*

Загрозливим для особистості може бути звільнення від ілюзій, що загалом є типовим для людей 35-40 років. В художній та науково-популярній літературі існують переконливі факти переживання складного суб'єктивного психосоматичного стану людьми даного вікового періоду. Доречним буде приклад з життя художників та артистів за даними одного дослідження. Був відмічений факт переживання драматичних змін в творчості людей приблизно 35-річного віку. Деякі з них, наприклад, Гоген в цей час тільки почали свою творчу роботу. Проте, інші, навпаки, біля 35 років втратили свої творчі здібності чи, можливо, мотивацію, а багато з них померло. Вірогідність смертельних випадків художників та артистів між 35 та 39 роками катастрофічно збільшується. Ті особи, хто переживають своє «десятиліття фатальної межі», зберігаючи при цьому свій творчий потенціал, як правило, помічають значні зміни в особливостях професійної діяльності. Часто ці зміни стосуються інтенсивності їх праці: наприклад, блискуча імпульсивність поступається місцем більш зрілій творчості. Одна із причин кризи середини життя у артистів та художників у тому, що «імпульсивна блискучість» молодості вимагає великих життєвих сил. Враховуючи той факт, що ніхто безмежно не може зберігати фізичні сили, напружено працюючий артист (керівник чи професор) в 35-40 років повинен змінити темп свого життя та не так «викладатися». Таким, чином, проблема зменшення фізичних сил неминуче виникає в житті людини будь-якої професії.

Соціально-демографічні та експериментальні дослідження проблеми

Вагомим аргументом продовження актуальності представленої статті можуть бути результати короткого аналізу соціально-демографічної, соціально-психологічної, політико-економічної ситуації на Україні. Загальновідомим фактом є те, що перехід України до нових ринкових умов існування викликав цілий комплекс об'єктивних змін, неперевершених політичних та соціально-економічних проблем. Результатом цього є нестабільна ситуація в нашому суспільстві яка вплинула на підвищення кризових психосоматичних станів в здоров'ї населення України. В ситуації завищених вимог до різних сторін життєдіяльності особистості та негативного впливу біогенного, соціального, інформаційно-техногенного середовища та нездатності особистості до вирішення повсякденно-побутових, службових завдань, що призводить людину до стану фрустрації(критичного стану нейро-гуморальної, нервово-психічної, серцево-судинної, мотиваційної, когнітивної та поведінкової сфер особистості). Значення перебігу цих процесів стає ще більш актуальним, коли мова іде про людей періоду «кризи середніх років життя». Враховуючи роль індивідуально-психологічних особливостей особистості, здатності людини до адаптації та діяльності в екстремальних умовах та незначних випадків більш м'якого виходу з кризових вікових станів, не можна не згадати про значні втрати через смертність населення України від несчасних випадків, вбивств, самогубств та інших зовнішніх дій (дані проаналізовані Міністерством статистики України за 1985-1996 роки [22, 23, 26, 27]).

Для зручності сприйняття статистичного матеріалу, представленого в таблиці, вважаємо необхідним виділити динаміку досліджуваних параметрів під час найбільш важливих геополітичних, соціально-економічних та соціально-психологічних етапів розвитку України, а саме у 1985, 1991, 1996 роках. Вибрані роки для порівняльного аналізу пов'язані на нашу думку з трьома вирішальними подіями, коли Україна входила до складу бувшого Радянського Союзу та сталанезалежною державою. Для тих років було характерно: стрімкі соціально-політичні, економічні зміни, пов'язані з розвалом Радянського Союзу; подібні події в східноєвропейських країнах; переорієнтація суспільної свідомості на терени ринкових умов існування; структурні, організаційні зміни сталого життя та економічного укладу; необхідність в нових професіях, нового стилю управління в державотворенні та впровадженні новітніх технологій; поява певного прошарку безробітного населення серед різних вікових категорій населення. Все це могло вплинуто на частоту передчасної смертності серед працездатного населення України.

Як видно з представленої таблиці спостерігається стійке зростання проявів смертельних випадків серед людей середнього віку життя. Найвищі показники смертельних випадків серед чоловіків та жінок 30-39, 40-49 років знаходяться в межах (335,1-451,1) та (55,7-82,6) на 100 000 населення. Більш виразним є лонгітюдний аналітерміном 5-6 років та виділення різниці в даних показн

Таблиця

Смертність населення України в 1985, 1991, 1996 роках від несчастних випадків, вбивств, самогубств та інших зовнішніх дій за статтю та віком. (кількість померлих на 100 000 чоловік, відповідної статі та віку).

Всього померлих	1985		1991				1996			
	Чол.	Жін.	Чол.	91-85р.	Жін.	91-85р.	Чол	91-96р.	Жін.	91-96р.
	162,0	44,0	207,0	45,4	51	7	267,1	59,7	63,3	12,3
молодше 20 років	45,8	22,0	53,4	7,6	24,5	2,5	51,8	-1,6	23,1	-1,4
20-24	140,7	20,4	182,6	41,9	29,9	9,5	195,6	13	36,6	6,7
25-29	167,1	22,5	216,2	49,1	29,3	6,8	249,4	33,2	44,1	14,8
30-39	200,2	32,7	269,9	69,7	40,8	8,1	335,1	65,2	55,7	14,9
40-49	277,2	55,1	333,6	56,4	62,7	7,6	451,1	117,5	82,6	19,9
50-59	259,0	61,8	347,4	88,4	72,0	10,2	507,1	159,7	101,3	29,3
60-69	197,0	58,5	244,0	47	64,9	6,4	349,6	105,6	81,7	16,8
70 і старіше	211,4	95,0	226,4	15	97,3	2,3	258,6	32,2	104,2	6,9

ках, наприклад, між кількістю смертельних випадків серед чоловіків 30-39 років в 1985-1991 роках, число складає (Δ=69,7). Драматична ситуація, також, виявилась у двох інших вікових групах 40-49, 50-59 років. Додаткове включення до аналізу останньої групи обумовлене метою виділення небезпечної поведінки для людей більш старшого вікового періоду. Вражають прогресуючі показники різниці смертельних випадків в трьох вікових групах серед чоловіків та жінок на період 1991-1996 років: Δ=65,2 (30-39років), Δ=117,5 (40-49 років), Δ=159,7 (50-59 років); Δ=55,7 (30-39 років), Δ=82,6 (40-49 років), Δ=101,3 (50-59 років). Очевидним є те, що період життя 30-39 років необхідно розглядати як етап формування передхворобного психосоматичного стану як для чоловічого, так і жіночого населення України. Це означає, що паралельно з закономірним онтогенетичним, віковим, психофізіологічним розвитком особистості, можуть формуватися в певних органах і системах як органічні патологічні процеси, так тимчасові функціональні порушення життєдіяльності організму людей середнього віку життя.

Дослідження етіології «третього психосоматичного стану»

Представлені соціально-демографічні дані по смертності населення України за 1985-1996 роки необхідно, також, порівняти з станом психосоматичного здоров'я людей працездатного віку, котрі на думку різних фахівців знаходяться в складному «проміжному стані між здоров'ям та хворобою», «в третьому стані» [1, 7, 9, 12, 18, 30]. Одними із перших сучасних вчених близького зарубіжжя, провівших спробу описання та експериментального дослідження об'єктивних та суб'єктивних критеріїв «третього стану» були Д.Д. Венедиктов та ін. [8], Р.М. Баєвський [3], І.І. Брехман [7], Н.Н. Сиротинін [25]. Етіологія «третього стану» досліджена ще не в повному обсязі. Найбільш очевидними факторами є: по-перше, деякі фізіологічні, але в той же час особливі стани людей різного віку притаманні періодам статевого дозрівання, клімаксу, передпологовому та післяпологовому періоду і здорової старості. У «третьому стані» знаходяться люди, котрі недостатньо адаптовані до нових природно-кліматичних особливостей північних та граничних районів, аридним та гумідним зонам, високогір'я та інших екстремальних умов (рідкий клімат – закуцлений клімат пустель та напівпустель, наприклад, клімат пустелі Сахари в Північній Африці). Найбільша група людей «третього стану» з неправильним харчуванням. За останні роки встановлено, що більшість людей з харчуванням, нестача та порушення регулярності прийомів їжі призводять до гіпоглікемічного стану, який, можливо, сприяє розповсюдженню зловживанням алкоголем та розвитку алкоголізму.

Гіпоглікемія викликає загальну слабкість та підвищену втому, занепокоєння, напругу, страх, депресію, а інколи більш серйозні нервово-психічні розлади. Американський вчений R. Ross [42] розглядає гіпоглікемію, як одну із причин агресивності у дорослих та гіперреактивності у деякої частини дітей шкільного віку (та можливо, однією із причин небезпечного розповсюдження серед них куріння та вживання алкоголю, що складає в популяційному відношенні 10% та набуває рівня епідеміологічного розповсюдження). М.М. Кабанов [16] стверджує, що в усьому світі зростає кількість проміжних захворювань, у тому числі психічних, ось чому підвищується інтерес до вивчення проблем стресу, кризових екстремальних станів, передхвороби. Зростає увага лікарів, фізіологів, а також психологів до ролі психологічних факторів у розвитку цих станів, особливо ролі цілісно-особистістного реагування в їх профілактиці та лікуванні, включаючи психологічну корекцію, яка має лікувальну спрямованість.

Поняття «екстремальний стан» передбачає визначення якоїсь «межі» психологічних та фізіологічних адаптаційних перетворень, хоча це ускладнюється великими можливостями адаптації людини. Звичайно, по-перше, необхідно ураховувати межу існування організму індивіда, тобто початок його руйнування та загибелі. Але цьому «граничному стану» вимирання, деструкції усього організму чи його елементів, як правило, передують деякі адаптаційні стани, які характеризуються вмиканням аварійних захисних механізмів, спрямованих на запобігання погіршення стану організму та на ліквідацію дії шкідливого фактора.

У переліку цих станів можна виділити ще одну межу, скоріше, стан межі - так званий третій проміжний стан між нормою та хворобою. Його інколи називають екстремальним. Показником такого стану можуть бути «внутрішньоорганізмені» сигнали, які викликають у людини неприємні, хворобливі відчуття та стимулюють її уникати обумовлюючі їх фактори. Це перший об'єктивний показник існування екстремальних впливів на людину. Вони можуть мати граничне від незначного неприємного відчуття до нестерпного болю. Як другий показник екстремальності впливу на людину часто використовується показник працездатності. Крім цього, широко використовуються так звані «об'єктивні» показники стану людини, які встановлюються при реєстрації фізіологічних процесів. Вплив, що обумовлюють критичні стани, ідентифікуються як екстремальні.

Дуже важливим є діагностика станів на межі норми та патології, чи «третього стану». Вирішенню цієї задачі присвячені багаторічні дослідження Р.М. Баєвського [3], В.П. Казначеєва [15]. Наприклад, результати обстежених 1789 робітників та службовців «Сібсільмашу» показали, що серед практично здорових людей кількість осіб з напруженням механізмів адаптації та з незадовільною адаптацією, тобто осіб у «третьому стані», становлять від 52 до 80%, причому найвищий показник припадає на вік від 26 до 40 років (у групі старших за 40 років цей показник є відносно нижчим). Таким чином, очевидно, що люди, котрі знаходяться в «третьому стані», становлять більше половини всього населення.

Р.М. Баєвський [3] запропонував чотири варіанти донозологічного діагнозу (умовний шифр діагнозів аналогічний системі трикольорового світлофора):

1. задовільна адаптація організму до умов середовища (зелений колір);
2. напруження механізмів адаптації (жовтий колір №1);
3. недостатня, незадовільна адаптація (жовтий колір № 2);
4. зрив адаптації (червоний колір).

До «червоної» групи відносяться особи з латентними формами захворювань та явищами передхвороби, котрі потребують огляду. «Жовту» групу поділено на дві підгрупи: «жовта 2» - особи з високою вірогідністю розвитку захворювань у доволі близькому майбутньому, якщо не будуть прийняті певні профілактичні заходи; «жовта 1» - підгрупа з меншою вірогідністю розвитку захворювань, але яка вимагає проведення відповідних оздоровчих чи профілактичних заходів. Особам «зеленої» групи дозволяється звичайний образ життя.

Завершуючи аналіз та систематизацію праць фахівців соціально-демографічної та експериментальної спрямованості порушеної проблеми: «Пошуків шляхів збереження психосоматичного здоров'я людей середнього віку життя», вважаємо доцільним зробити акцент на останніх грунтовних дослідженнях українських вчених. У навчальному посібнику М.І. Хижняк, А.М. Нагорної [29] «Здоров'я людини та екологія» стверджується, що приблизно на 50% здоров'я людини визначає спосіб життя. Негативними його чинниками є: шкідливі звички; незбалансоване, неправильне харчування; несприятливі умови праці; моральне та психічне перевантаження; малорухомий спосіб життя; погані матеріально-побутові умови; незгода в сім'ї, самотність; низький освітній та культурний рівень тощо. Негативно позначається на здоров'ї й несприятлива екологічна обстановка, зокрема, забруднення повітря, води, грунту, а також складні природно-кліматичні умови (внесок цих чинників - 20%). Істотну роль відіграє стан генетичного фонду популяції, схильність до спадкових хвороб - ще близько 20%. Низька якість медичної допомоги, неефективність медичних та профілактичних заходів роблять «внесок» у 10% у той рівень здоров'я населення України, що ми сьогодні маємо.

До початку XXI століття наша держава наближається з негативними показниками. За даними П.Ф. Баб'юк, В.О. Гребенщикова [5] на сьогоднішній день в Україні налічується шість мільйонів громадян, котрі страждають від серцево-судинних захворювань, 1,2 мільйона від психічних захворювань, 74 тисячі вражені онкологічними захворюваннями і майже стільки туберкульозом, 700 тисяч алкоголіків, 1,5 мільйона інвалідів. Понад три мільйони людей проживають в екологічно забруднених районах. Лише в 1996 році вмерло 145 тисяч чоловік працездатного віку. В Україні проживає 14 мільйонів пенсіонерів (28% всього населення). Сьогодні народжуваність на Україні становить 9,6 чоловіка на одну тисячу населення (в 1913 році цей показник у царській Росії складав 45,5). Смертність населення України складає 15,4 чоловіка на одну тисячу населення. За останню шість років у нашій державі померло на 1,2 мільйона людей більше, ніж народилося. За прогнозами фахівців, до кінця століття ця цифра подвоїться. Середня тривалість життя жінок не перевищує 73-х років, а чоловіків — 62-х років.

Наслідком найстрашнішої техногенної катастрофи XX століття - аварії на Чорнобильській АЕС буде те, що з життя піде 1 мільйон чоловік і буде приблизно 120 тисяч генетичних дефектів. Станом на 1 січня 1998 року чисельність громадян, які мають статус постраждалих унаслідок аварії на ЧАЕС, становила 3,1 мільйона чоловік (більше 6%). Майже 5% населення України проживає на території, що зазнала радіаційного забруднення. Наприкінці 1997 року на 1000 працездатних припадав 791 чоловік непрацездатних. Держава дає на задоволення медпослуг кожного громадянина України протягом року 19 доларів, тоді як у США видається на медпослуги для кожної людини 3,5 тисяч доларів.

У результаті чорнобильської катастрофи понад 80% українських дітей є хворими. Через відсутність належних очисних споруд в атмосферу шороку викидається понад 12 мільйонів тонн шкідливих речовин. Зони екологічного лиха охопили близько 30% нашої території. У водойми України скинуто в 1997 році 1,5 тисячі тонн нафтопродуктів, 18 мільйонів тонн сульфатів, 2,2 мільйона тонн хлоридів, 58 тисяч тонн нітратів.

За останні 10 років з'явились нові захворювання - синдром хронічної втоми і синдром дисбалансу з навколишнім світом. Симптомами хвороб є різка зміна настрою, зниження працездатності практично до нуля, втрата інтересу до життя, відсутність стимулів до діяльності, значна втомлюваність, розбитість, підвищена чутливість до погідних явищ. На певній стадії захворювання ще додаються порушення кровообігу і травлення, біль у серці та шлунку, проблеми зі сном, загальна нервозність, підвищена сприйнятливість до інфекційних захворювань. Нерідко це призводить до інфаркту міокарда. Захворювання виникають унаслідок нескінчених стресів, конфліктних ситуацій, постійного емоційного переживання, екстремальних умов нашої життєдіяльності, складної дійсності, та криміногенної обстановки.

Результатом недосконалого способу життя є те, що понад 60 тисяч наших підлітків знаходиться у в'язниці, 40 тисяч виключено із школи, 2,5 тисячі вживають наркотики, а це резерв поповнення злочинності. Кожний четвертий восьмикласник і кожний другий одинадцятикласник вживають алкоголь.

Заключення

Проведений грунтовний аналіз публікацій фахівців ближнього та дальнього зарубіжжя, працюючих в різних напрямках медичної психології, дозволив виділити основні напрямки проведення самостійних досліджень проблеми стресу, кризових екстремальних станів, передхвороби. В центр уваги фахівців повинна бути здорова, на нас дивиться дитина, котра, працюючи, вимогчати, сяє, сміється, грається,

фесійні, сімейні обов'язки, бажає та намагається бути в центрі суспільного життя.

Для ефективного розвитку, становлення сучасної людини XXI століття на всіх її етапах життєвого шляху необхідно формувати, виховувати, підтримувати цінність духовного, психічного, соматичного здоров'я в системі: здоров'я індивіда — здоров'я активного суб'єкта життя — здоров'я особистості — здоров'я індивідуальності. Особливу увагу необхідно приділити людям середнього віку найбільш працездатним та які потребують термінову допомогу психологів, медиків, педагогів - фахівців нової генерації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Амосов Н.М. Раздумье о здоровье. - М.: «Молодая гвардия», 1978.
2. Анциферова Л.И. К психологии личности как развивающейся системы // Психология формирования и развития личности. - М., 1981. - С. 75-78.
3. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. - М., 1979.
4. Бассин Ф.В. О так называемом психосоматическом подходе к проблеме развития и преодоления болезни // Клиническая медицина. - 1970. - № 9. - С. 14-16.
5. Баб'юк П.К., Гребенщиков В.О. Здоров'я людини - важливий чинник функціонування держави // Тези Міжнародної науково-практичної конференції «підготовка педагогічних кадрів і діяльність закладів нового типу в системі національної освіти: досвід і перспективи розвитку», Чернівці, 27-30 квітня 1998. - С. 548-553.
6. Братусь Б.С. К изучению смысловой сферы личности // Вест. МГУ. Серия 14. Психология. - 1981. - № 2.
7. Брехман И.И. Философско-методологические аспекты проблемы здоровья человека // Философский журнал, 1982, - № 2. - С. 48-53.
8. Венедиктов Д.Д., Черноух А.И., Лисицин Ю.П., Кричагин В.И. Глобальные проблемы здравоохранения и пути их решения // Вопросы философии, 1979. - № 7. - С. 102-113.
9. Войтенко В.П. Здоровье - здоровых. - К.: «Здоровье» 1991. - С. 24, 38.
10. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. - М., 1964.
11. Гольдшейдер А. Боевые вопросы врачевания. - М.,1929.
12. Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине (этиология). - М., 1962. - С. 23-24.
13. Захарьин Г.А. Клинические лекции и избранные статьи. - М., 1909.
14. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. - М., 1980.
15. Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации. - Новосибирск, 1980.
16. Кабанов М.М. Медицинская психология // Тенденции развития психологической науки / Под ред. Б.Ф. Ломова, Л.И. Анциферовой. - М., 1989.
17. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. - Прага, 1979.
18. Основи безпеки життєдіяльності та підтримання здоров'я людей середнього віку: Методичні настанови для студентів відділення психології / Упорядн. О.В. Корнієнко. - К.: РВЦ «Київський університет», 1998. - 32 с.
19. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. - М., 1944.
20. Мудров М.Я. Избранные произведения. - М., 1949.
21. Мясищев В.Н., Лебединский М.С. Введение в медицинскую психологию. - М., 1966.
22. Народне господарство України в 1992 році: Статистичний щорічник / Мін-во Статистики України: Відповідальний за випуск В.В. Самченко. - К.: Техніка, 1993. - С. 72.
23. Народне господарство України в 1993 році: Статистичний щорічник України: Відповідальний за випуск В.В. Самченко. - К.: Техніка, 1994. - С. 272.
24. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. - МГУ.: 1987. - С. 22-23.
25. Сиротинин Н.Н. Эволюция резистентности и реактивности организма. - М., 1981. - С. 131.
26. Статистичний щорічник України за 1995 рік / Мін-во статистики України: Відпов. за вип. В.В. Самченко.- К.: Техніка, 1996. - С. 68.
27. Статистичний щорічник України за 1995 рік / Мін-во Статистики України: Відпов. за вип. О.Г. Осауленко. - К.: Українська енциклопедія, 1977. - С. 386.
28. Фрумкин Я.П., Мизрухин И.А. Личность и психическое заболевание // Материалы симпозиума «Проблемы личности». - Т. 2. - М., 1970. - С. 150-153.
29. Хижняк М.І., Ногорна А.М. Здоров'я людини та екологія. - К., 1995.
30. Чазов Е.И. Доклад на Всесоюзном съезде врачей. - Медицинская газета, 19 октября 1988.
31. Юнг К. Человек и его смыслы. - Нью-Йорк, 1964.
32. Alexsander F. Psychosomatic Medicine. - N.Y., 1950.
33. Byrne D.G. Psychologocal responses to illness and outcome after survived myocardial infarction: a long term follow-up // Psychom. Res. - 1982. - V. 26. - № 2. - P. 141-143.
34. Di Michael S.G. Psychological service in Vocational Rehabilitation. - Wachington, 1959.
35. Dunbar H.F. Psychosomatic diagnosis. - N.Y., 1943.
36. Erikson E.H. Childhood and society. - New York, W.W. Norton & C, 1950.
37. Heszen-Klemens J. Posnawcze unwarunkowania zachwania sie wobec wlasnej choroby. - Wroclaw, 1979.
38. Hulek A. Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidow. - Warshawa, 1969.
39. Lipowski Z. Z. Psychological reactions to physical illeness // Can. Med. Assos. J. - 1983. - V. 128
40. Mussen P., Conger J., Kagan J., Geiwits J. Psychological development: A life span approach. - N.Y., 1979.
41. Peck R. Psychological development in the second half of life, in: B.L. Neugarten (Ed.) Middle age and aging, Chicago, University of Chicago Press. - 1968.
42. Ross R.M. Fighthing Depresion. - N. Y. 1975.
43. R. Adams and F. Marray. Is low blood sugar making you a Nutritional Cripple. N.Y. - 1975.
44. Vondracek V.,Dobias J. Lekarska psychologie. - Praha. - 1969.

Надійшло до редакції 07.07.1999 р.