

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА ФОРМУВАННЯ НЕВРАСТЕНІЇ

Отримано дані про особливості впливу макро- та мікросоціальних факторів на формування неврастенії в залежності від преморбідних особливостей, провідного синдрому, акцентуації особистості. Виявлено особливості домінування мікро- та макросоціальних чинників в умовах сучасності. З'ясовано формування психологічних особливостей сімей у хворих з невротичними розладами. Вивчені специфічні сімейні відносини, що були названі "невротичною" та "невротизованою" сім'єю, та описані психологічні особливості їх формування.

Ключові слова: невротичні розлади, макросоціальні фактори, мікросоціальні фактори, психопатологічні, соціально-психологічні особливості.

Постановка проблеми. Поняття неврозу досить широко використовують у теорії і практиці психології, психотерапії та психіатрії, особливо воно інтригує своєю психогенністю. Численні експериментальні інновації з'явилися в медицині ще у XVIII ст. (термін "невроз" належить шотландському лікарю В. Кулену, 1776), однак дифузність і слабка диференційованість термінологічного апарату, що окреслює поняття неврозу, зумовлює актуальність вивчення цієї проблеми й нині. Досі однозначно не з'ясовано, ототожнювати чи диференціювати поняття невроз, невротичність, невротичні реакції, невротичний розвиток, невротичний рівень організації особистості, невротизація, неврозоподібні стани, порушення невротичного реєстру, які є стратегії їх ідентифікації, враховуючи також те, що зміст терміна "невроз" з часів В. Кулена не раз змагав трансформацій. Наука перебуває на роздоріжжі: соматика чи психіка, здоров'я чи хвороба, характер чи нозологія, медицина чи психологія і т. д. Як наслідок, давнє питання про неврози знову актуальне, а однозначних відповідей не так уже й багато. У численних медичних і психологічних працях акцентують, що в жодній іншій галузі не збереглося стільки неправильних концепцій і прямих помилок, як у вченні про невроз. Попри значну кількість досліджень неврозів, клінічну картину цих захворювань досі не з'ясували, є тенденція заперечувати первинні суто нозологічні поняття, замінюючи їх своєрідними типами реакцій (О. Бумке) [17], характерологічним статусом (К. Горні, А. Адлер, Д. Шапіро та ін.) [1; 13; 15], невротичною поведінкою (І. Омеласнко) [7], життєвим стилем (Е. Соколова) [10] та ін. У цьому контексті мета статті – дослідження історичного розвитку поняття "неврозу" та з'ясування трансформаційних тенденцій його змісту крізь призму класичних психологічних парадигм. Доволі ґрунтовними є спроби огляду й систематизації розуміння поняття неврозу в методичних рекомендаціях В. Кардаш та Н. Кардаш "Диференційна діагностика неврозів" [3], де охоплено широкий спектр поглядів різних авторів, концепції яких розглянемо у пропонованому дослідженні.

Клініко-психопатологічне дослідження включало вивчення скарг хворого, анамнестичних даних, соматичного, неврологічного і психічного стану хворого. Особливу увагу приділяли аналізу психотравмуючої ситуації мікро- та макросоціальної направленості. Дослідження невротичних переживань включало визначення провідних клінічних синдромів та їх динаміки. Також оцінювалася структура і особливості особистості хворих та їхніх родичів. У якості кластерних критеріїв використовувалася МКХ-10. Сомато-неврологічний статус оцінювався за загальноприйнятими клінічними критеріями.

Психодіагностичне дослідження включало ряд тестових методик, які використовувались нами як для пацієнтів, так і для їхніх родичів: шкала самооцінки Ч. Д. Спілбергера та Ю. Д. Ханіна (1978), колірний тест М. Люшера (Е. Ф. Бажин, Т. В. Корнєєва, А. М. Еткінд, 1980; та ін.), тест Леонгарда-Шмішека (1970) та тест визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП) за Н. Б. Ласко (1989).

Соціально-психологічне дослідження проводилося з використанням нами створених опитувальників: "Фактори, які привели до проблем здоров'я", "Соціальна ситуація у зв'язку із захворюванням", "Вивчення сімейної ситуації" (О. С. Чабан, О. П. Венгер, 1999).

Першим етапом вивчення невротичних розладів було виявлення закономірностей впливу мікросоціальних та макросоціальних чинників на особливості розвитку цієї патології.

Поділяючи соціальні чинники на мікросоціальні та макросоціальні при допуску певної умовності моночинника невротичної дезадаптації нами виявлено, що етіологічний вплив макросоціальних чинників на початок захворювання на неврастенію спостерігався у 85 %, мікросоціальних – у 15 % обстежуваних; на дисоціативні невротичні розлади відповідно 76 % та 24 %; а також при тривожно-фобічних – 54 % та 46 %.

Вивчення впливу мікро- та макросоціальних факторів на розвиток клінічних проявів у хворих з невротичними розладами в залежності від провідного синдрому та акцентуації особистості показало їх певну специфіку. Аналіз клінічних проявів невротичних розладів у пацієнтів виявив, що серед хворих на неврастенію астенічний синдром спостерігався у 27,3 %, астено-депресивний синдром – у 34,1 % та астено-іпохондричний – у 38,6 %. У залежності від провідного синдрому вивчено типи акцентуації особистості, зокрема, при астенічному синдромі найчастіше зустрічалися: збудливий тип (37 %), емотивний тип (28 %) та тривожний тип (19 %) особистості; астено-депресивний характеризувався домінуванням емотивного (33 %), тривожного (24 %) і дистимічного (24 %) типами акцентуації особистості; при астено-іпохондричному переважали емотивний (33 %), дистимічний (21 %) та циклотимічний (22 %) типи. Нами виявлено, що найчастіше мало місце поєднання двох і більше видів радикалів, тобто спостерігався змішаний тип акцентуації особистості (67 % випадків). Зі всіх видів змішаної акцентуації переважаючим був емотивний радикал (при астенічному – 41,2 %, астено-депресивному – 33,3 %, астено-іпохондричному – 41,2 %).

В генезі неврастенії важливу роль відігравали такі фактори: відсутність перспективи (40,9±7,4 %), безробіття (34,1±7,1 %), вимушена міграція (29,5±6,9 %), загроза безробіття (27,3±6,7 %), міжособистісні конфлікти у виробничому колективі (22,7±6,3 %). Перелічені макросоціальні фактори порушили основу індивідуальної адаптації до несприятливих психічних факторів, погіршили комунікативні відносини. Переважаючими мікросоціальними факторами у хворих з неврастенією були: погіршення матеріально-побутових умов (29,5±6,9 %), сімейні конфлікти та особистісні захворювання (27,3±6,7 %), матеріальна скрута (25,0±6,5 %), вимушені зміни сімейного статусу – поїздки за кордон, тимчасові розлучення тощо (18,2±5,8 %). При вивченні соціальних факторів у залежності від провідного синдрому у хворих на неврастенію встановлено, що у хворих з ас-

тено-депресивним синдромом переважав вплив таких факторів, як безробіття (46,7 %), відсутність перспективи (73,3 %), міжособистісні конфлікти у виробничому колективі (33,3 %), сімейні конфлікти та поїздки за кордон, погіршення відносин з дітьми та вимушена зміна професії; у пацієнтів з астенічним синдромом – загроза безробіття (41,7 %); у пацієнтів з астено-іпохондричним – вимушена міграція (35,3 %), особистісні захворювання – (70,6 %).

Наступним етапом нашої роботи були соціально-психологічна та психодіагностична характеристика особливостей сімей пацієнтів з невротичними розладами, яка була спрямована на поглиблене вивчення психосоціального клімату в сім'ї.

Вивчаючи патопсихологічні особливості емоційного реагування у хворих на неврастенію за допомогою тесту М. Люшера встановлено, що найбільш характерними рисами емоційного реагування були: емоційну напруженість, виражена потреба у фізичному і психологічному спокої та розслабленні, зниження працездатності через фізичну астеною, пасивна пригніченість.

При використанні шкали тривожності Спілбергера-Ханіна у пацієнтів з неврастенією реєструвалися помірні реактивна тривожність (59,0±7,4 %), помірні особистісна тривожність (63,6±7,3 %), висока реактивна тривожність (22,7±6,3 %) та висока особистісна тривожність (20,5±6,1 %). Ці дані дали можливість зробити висновок, що пацієнти з неврастенією мають властивість реагувати на різноманітні стреси підвищенням рівня особистісної та реактивної тривожності, неприємними хвилюваннями, стурбованістю, неспокоєм, порушеннями вегетативної нервової системи.

За допомогою тесту для визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП) у хворих неврастенією ми отримали наступні результати: високий рівень невротизації становив 77,3 % пацієнтів, а низький рівень психопатизації – 63,6 % випадків.

В той же час, при обстеженні родичів хворих на неврастенію за допомогою тесту М. Люшера у них було виявлено напруженість, потребу у спокої та розслабленні. Вони відчували психологічне напруження та збудження, потяг звільнитися від надмірного подразнення, потребу у розвантаженні та полегшенні. Визначено, що більшість родичів – 56,8 % – мали внутрішній неспокій, страх (перед залежністю, примусом, втратою, простором, спустошенням, обмеженнями). У них спостерігались незадоволеність, подразливість, нетерпимість які вони долали достатнім вольовим напруженням. У цій групі було виявлено вимушену пристосованість, а реакцією самозахисту за нашими даними, було відмежування особистісної емоційної сфери, що маскувалося терпимістю готовністю до компромісів. При дослідженні шкали тривожності встановлено, що у 56,8 % спостерігався високий та помірний рівень реактивної тривожності, а у 63,3 % – високий та помірний рівень особистісної тривожності. Тривожність родичів у цій групі характеризувалася різною інтенсивністю, наявністю усвідомлених неприємних хвилювань, яка виникала як реакція на стреси, частіше соціально-психологічного характеру. Серед групи родичів пацієнтів з неврастенією високий рівень невротизації спостерігалася у 38,6 % осіб.

Серед досліджених груп пацієнтів з невротичними розладами найвищий рівень невротизації спостерігався у хворих неврастенією та їх родичів.

Наступним етапом нашої роботи було вивчення соціально-психологічних особливостей сімей наших пацієнтів. Для вивчення матеріально-побутових ситуацій в сім'ї, комунікативних особливостей між членами сім'ї, ступеня емпатичних зв'язків у родині пацієнтів, сумісно-

го проведення часу, планів та перспективи на майбутнє, здоров'я членів сім'ї, особливостей відносин з друзями, колективом, сусідами, еміграції, вживання алкоголю, загрози та реального безробіття ми використовували опитувальники вивчення мікросоціального взаємовпливу в сім'ї: "Вивчення мікросоціальних факторів, які привели до погіршення здоров'я" та "Мікросоціальна ситуація у зв'язку з проблемою здоров'я" (О. С. Чабан, О. П. Венгер, 1999), які дозволили проаналізувати ситуацію сімейних відносин у двох ракурсах: 1) оцінка та розуміння сімейних відносин та їхніх особливостей з позиції пацієнта; 2) оцінка та розуміння цих відносин з позиції членів його сім'ї.

При порівнянні цих оцінок з позиції хворих на неврастенію та їх родичів виявлено певні розбіжності в оцінці факторів (переважання частоти з боку пацієнтів): погіршення дружніх відносин (59,1±4,5 % і 38,6±4,4 %; $p < 0,001$), погіршення дозвілля (54,4±4,5 % і 34,1±4,3 %; $p < 0,001$), зменшення спілкування за межами дому (63,6±4,4 % і 45,5±4,5 %; $p < 0,01$), вплив засобів масової інформації з емоційно негативною інформацією (18,2±3,5 % і 31,8±4,1 %; $p < 0,02$), скорочення сумісного проведення часу (9,1±2,6 % і 2,3±1,4 %; $p < 0,05$), погіршення сексуального життя (11,4±2,8 % і 4,5±1,9 %; $p < 0,05$). З вищенаведеного була очевидною розбіжність у поглядах на проблему особливостей відносин з хворим, оскільки родичі не надавали такого великого значення міжособистісному спілкуванню та не пов'язували погіршення дружніх відносин і зменшення спілкування із розвитком невротичного захворювання. Продовжуючи обстеження, ми проаналізували вплив хвороби на мікросоціальне оточення. Статистично достовірними виявилися відмінності між величинами таких досліджуваних факторів: "нервова" обстановка вдома (52,3±4,5 % і 75,0±3,9 %; $p < 0,001$), збільшення навантажень по господарству, квартирі (38,6±4,4 % і 61,4±4,4 %; $p < 0,001$), зменшення спілкування за межами дому (95,5±1,9 % і 72,7±4,0 %; $p < 0,001$), погіршення взаєморозуміння (43,2±4,5 % і 61,4±4,4 %; $p < 0,01$), погіршення сексуального життя (31,8±4,2 % і 15,9±3,3 %; $p < 0,01$), вживання алкоголю (6,8±2,3 % і 18,2±3,5 %; $p < 0,01$), погіршення умов проживання (4,5±1,9 % і 11,4±2,9 %; $p < 0,05$), погіршення якості харчування (13,6±3,1 % і 25,0±3,9 %; $p < 0,05$), хвороба викликала співчуття, жалість, розуміння (59,1±4,4 % і 72,7±4,0 %; $p < 0,05$).

При вивченні характеру взаємовідносин у сім'ях пацієнтів, особливостей сприймання хвороби родичами пацієнтів, розуміння хворого членами сім'ї та впливу мікросоціуму на прояви та перебіг захворювання, нами було відмічено певні особливості сімейних відносин: 1) відсутність належного спілкування (формальне спілкування) (87 %); 2) недостатність сумісно проведеного часу (78 %); 3) дисоціація акцентуацій особистості членів сім'ї (67 %); 4) матеріальні проблеми (52 %); 5) приховані конфлікти (51 %); 6) виражена різниця в життєвих запитах (34 %); 7) кардинально різні погляди на виховання дітей (32 %); 8) сексуальна дисгармонія (25 %); 9) виражені соматичні захворювання одного із членів сім'ї (23 %). В контрольній групі вищевказані зміни не були виявлені. Специфічні сімейні відносини, які існували ще до появи невротичного розладу одного з членів сім'ї – майбутнього пацієнта, – ми умовно назвали "невротична" сім'я.

На нашу думку, саме "невротична" сім'я була підґрунтям розвитку невротичного розладу одного із учасників цих специфічних сімейних відносин. "Невротична" сім'я простежувалася нами у всіх групах пацієнтів. Так, частота "невротичної" сім'ї у пацієнтів із неврастенією становила 67 %.

Нами прослідковувалася певна закономірність проявів факторів, які були обов'язковими у всіх "невротичних" сім'ях. При цьому встановлено, що наявність таких факторів, як відсутність належного спілкування (формальне), недостатність сумісно проведеного часу, дисоціація акцентуацій особистості членів сім'ї у поєднанні спостерігалися в 95 % випадків та були обов'язковим пусковим моментом "невротичних" сімей.

На основі дослідження виявлено, що для захворювання на невротичний розлад обов'язковим пусковим моментом була "невротична" сім'я, а пацієнт був "делегованим" представником або "слабкою ланкою". Після захворювання одного із членів "невротичної" сім'ї, який виявився "слабкою ланкою", сімейні відносини набували певних властивостей характерних для кожної з форм патології. Так, у зв'язку з захворюванням на неврастенію сімейні відносини набули характеру співпереживання, проте при глибшому вивченні було виявлено що сім'ї цих пацієнтів відчували утруднення адаптації, відсутність взаєморозуміння, напруженість внутрішньосімейних стосунків. Вищеописані відносини ми назвали псевдосолідарними. Для детальнішого розуміння псевдосолідарних сімейних відносин вони були розділені на псевдопозитивні (42,0 %), псевдодоповнюючі (26,0 %), псевдогармонійні (32,0 %).

Після захворювання на невротичний розлад внутрішньосімейні зв'язки порушувалися у бік дезорганізації, послаблення внутрішньої єдності сім'ї, порушення структури соціальних ролей, напруженості внутрішньосімейних відносин. Специфічною характеристикою цих сімей була нечіткість положення та ролі кожного члена, гіперопіка по відношенню до хворого (коли будь-якою ціною прагнуть підтримувати існуючий стан речей), наявність внутрішньосімейних конфліктів. Спільне проживання з хворими породжувало безліч труднощів, а їхні наслідки відбивалися на соціальному житті та побуті, фінансовому становищі та особистісному негативному психологічному стані. 42 % родичів, що надавали допомогу хворим з невротичними розладами, вказали, що захворювання члена сім'ї мало несприятливі наслідки для їхнього власного здоров'я. Проте найменш виражені зміни сімейних відносин спостерігалися у хворих на неврастенію, а у 23 % таких сімей відносини не тільки не змінилися, а й спостерігалось покращення взаємовідносин: зменшення конфліктів, покращення соціальних контактів та внутрішньої єдності сім'ї, виражена підтримка хворого членами сім'ї. Якщо у "невротичній" сім'ї, яка склалася до захворювання одного з її членів, спостерігалися приховані невротичні конфлікти та латентні механізми невротичних відносин, то після захворювання невротичним розладом приховані невротичні відносини маніфестували. Характерними особливостями та закономірностями вищеописаних сімейних відносин були: 1) зміна соціальних контактів сім'ї (71 %); 2) створення "невротичного" кола психогенії у вигляді взаємотравмуючої ситуації системи "пацієнт – сім'я" (70 %); 3) зміна ставлення до релігії (65 %) (як форма захисту); 4) нерозуміння невротичних проблем одного з членів сім'ї (63 %); 5) зміна ієрархії сімейних цінностей (57 %); 6) виражені конфлікти (51 %); 7) психосоматичні розлади у "здорових" членів сім'ї (28 %); 8) підсилення акцентуації особистості членів сім'ї (24 %), які ми віднесли до "невротизованої" сім'ї.

Ми визначили, що поєднання таких факторів, як зміна соціальних контактів сім'ї, створення "невротичного" кола психогенії, зміна ставлення до релігії (як форми захисту) визначалися у 95 % випадків і мали вирішальне значення для розвитку "невротизованої" сім'ї.

Висновки. Вплив соціальних факторів на розвиток невротичних розладів виявився наступним: при неврас-

тениї в умовах сучасності домінуючими є макросоціальні чинники – 85 %, мікросоціальні – 15 %. Провідними чинниками в даний час є: безробіття (34,1±7,1 %), відсутність перспективи (40,9±7,4 %), вимушена міграція (29,5±6,9 %), погіршення матеріально-побутових умов (29,5±6,9 %), сімейні конфлікти (27,3±6,7 %), матеріальна скрута (25,0±6,5 %).

Особливостями сучасних психотравмуючих ситуацій є: а) їхня поєднаність; б) дія нових факторів (ріст безробіття, вимушена міграція, матеріальна скрута, вплив засобів масової інформації); в) поява взаємоіндукуючих та взаємопосилуючих психотравм за типом "замкненого кола", включення в клінічну картину досліджуваних з невротичними розладами психосоматичних фонів розладів (65 % пацієнтів).

У пацієнтів з неврастенією, обов'язковим складником пускового механізму були специфічні сімейні відносини, умовно названі нами "невротична" сім'я. Це поняття включало в себе основні особливості сімейних відносин: дисоціація акцентуацій членів сім'ї (67 %); виражену різниця в життєвих запитах (34 %); відсутність належного спілкування (формальне) (87 %); недостатність сумісно проведеного часу (78 %); кардинально різні погляди на виховання дітей (32 %); сексуальну дисгармонію (25 %); матеріальні проблеми (52 %); виражені соматичні захворювання одного з членів сім'ї (23 %); приховані конфлікти (51 %). "Невротична" сім'я формується за такими психологічними особливостями – псевдосолідарний тип відносин в сім'ї у вигляді: а) псевдопозитивних; б) псевдодоповнюючих; в) псевдогармонійних.

Список використаних джерел

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии / А. Адлер. – М.: Прогресс, 1995. – 375 с.
2. Карвасарский Б. Д. Неврозы / Б. Д. Карвасарский. – М.: Медицина, 1990. – 391 с.
3. Кардаш В. В. Дифференційна діагностика неврозів (методичні рекомендації) / В. Кардаш, Н. Кардаш. – Луцьк: Інститут соц. наук Волинськ. держ. університету ім. Лесі Українки, 2000. – 56 с.
4. Кернберг О. Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / О. Ф. Кернберг. – М.: Класс, 2001. – 463 с.
5. Мясичев В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясичев. – Л.: Ленинградский ун-т, 1960. – 342 с.
6. Наранхо К. Характер и невроз: интегративное обозрение / К. Наранхо // Информационный центр психоаналитической культуры. – СПб. – Минск: ЗАО "Диалог" – ИП "Лоаць", 1998.
7. Омелаенко І. Б. Невротична поведінка: психолого-конфліктологічна характеристика / І. Б. Омелаенко // Практична психологія та соціальна робота, 1998. – № 9. – С. 8–11.
8. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / К. Д. Роджерс. – М.: Прогресс, 1994. – 431 с.
9. Свядощ А. М. Неврозы: руководство для врачей / А. М. Свядощ. – СПб.: Питер Кон, 1998. – 251 с.
10. Соколова Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е. Т. Соколова. – М.: Изд-во МГУ, 1989. – 289 с.
11. 1. Adler A. The practice and theory of individual psychology / A. Adler. – Moscow: Progress Publishers, 1995. – 375 p.
12. 2. Karvasarsky B. D. Neuroses / B. D. Karvasarsky. – M.: Medicina, 1990. – 391 p.
13. 3. Kardash V. V. Different diagnosis of neurosis (methodic recommendation) / V. Kardash, N. Kardash. – Lutsk: Institut of soc. sciences of Lesya Ukrainka university of Volyn, 2000. – 56 p.
14. 4. Kernberg O. Severe personality disorders: Strategies of psychotherapy / O. Kernberg. – M.: Class, 2001. – 463 p.
15. 5. Myasishev V. N. Personality and neuroses / V. N. Myasishev. – Leningrad: Leningrad University, 1960. – 342 p.
16. 6. Naranjo C. Nature and neurosis: an integrative review / C. Naranjo // Information Center of psychoanalytic culture. – St. Petersburg. – Minsk: CJSC "Dialogue" – SP "Loats", 1998.
17. 7. Omelaenko I. B. Neurotism behavior: psycho-confliktologic response / I. B. Omelaenko // Practycha psihologiya and sotsialna robota, 1998. – № 9. – P. 8-11.
18. 8. Rogers K. On becoming a person. A therapist view of psychotherapy / K. D. Rogers. – Moscow: Progress Publishers, 1994. – 431 p.
19. 9. Svyadosh A. M. Neuroses: a guide for physicians / A. M. Svyadosh. – St. Petersburg: Peter Cohn, 1998. – 251 p.
20. 10. Sokolova E. T. Self-awareness and self-confidence of personality abnormalities / E. T. Sokolova. – Moscow: MGU, 1989. – 289 p.

Г. Астафьева, студент
Межрегиональная академия управления персоналом, Киев

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ НЕВРАСТЕНИИ

Получены данные об особенностях влияния макро- и микросоциальных факторов на формирование неврастении в зависимости от преморбидных особенностей, ведущего синдрома, акцентуации личности. Выявлены особенности доминирования микро-и макро-социальных факторов в условиях современности. Выяснено формирование психологических особенностей семей у больных с невротическими расстройствами. Изучены специфические семейные отношения, которые были названы "невротической" и "невротизирующей" семьей, и описаны психологические особенности их формирования.

Ключевые слова: невротические расстройства, макросоциальные факторы, микросоциальные факторы, психопатологические, социально-психологические особенности.

G. Astaf'jeva, student
Interregional Academy of Personnel Management, Kyiv

FEATURES INFLUENCE OF SOCIAL FACTORS ON THE FORMATION OF NEURASTHENIA

The article is devoted to the investigation of influence macro- and microsocial factors on forming neurotic disorders. Cleared up specification of modern macrosocial and microsocial factors. Established the psychological characteristics in the family of the patient with neurotic disorders. Investigated specific family relations for every type of neurotic disorders. A complex examination used in the work permitted to create the model of psychotherapy which contains specific founded characteristics.

Key words: neurotic disorders, macrosocial factors, microsocial factors, psychopathological, social and psychological characteristic.

УДК 159.923.32:316.624

В. Баранов, канд. пед. наук
Фонтанская школа социальной реабилитации, Одесса

МЕСТО ДУХОВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Статья посвящена проблеме духовной реабилитации детей с девиантным, воспитывающихся в детских учебно-воспитательных учреждениях социальной реабилитации. В данной статье рассматриваются девиации в индивидуально-личностном развитии детей и обусловленность их психологической девиантностью. Духовная реабилитация рассматривается как компонент системы социальной реабилитации, а психологическая реабилитация рассматривается, прежде всего, как реабилитация духовная. Рассматриваются условия, способствующие воспитанию духовности личности подростка – воспитанника социально-реабилитационного учреждения.

Ключевые слова: духовная реабилитация, социальная реабилитация, индивидуально-личностная типология девиантного поведения, психологическая девиантность, социальная девиантность.

Настоящая статья посвящена малоизученной проблеме – месту духовной реабилитации в системе социальной реабилитации детей-правонарушителей в условиях социально-реабилитационного учреждения.

Социальная реабилитация детей с девиантным поведением рассматривается как полная система, обеспечивающая восстановление у детей нарушенных социальных связей и отношений и идентифицирующая индивида как субъекта собственной деятельности [10, с. 217]; как комплекс медицинских, психолого-педагогических, трудовых мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма, компенсацию дефектов и социальных отклонений, направленных на изменение образа жизни, восстановления основных социальных функций личности [6, с. 213-214]; восстановление ребенка как социального субъекта и как субъекта формирующей деятельности [11, с. 307].

Применительно к социально-реабилитационному учреждению для детей с девиантным поведением в его асоциально-криминальных формах социальную реабилитацию можно определить как субъектную деятельность ребенка, направленную на восстановление утраченных социальных связей и отношений в результате применения к нему комплекса психолого-педагогических, социально-правовых и медицинских мероприятий в условиях, содействующих данному восстановлению, т. е. в реабилитационной среде.

Поскольку целью социальной реабилитации является восстановление социальных связей индивида, то она имеет индивидуально-личностный характер. В связи с этим, становится вопрос о тех сторонах личности несовершеннолетнего правонарушителя, которые исказились, атрофировались или остановились в своем развитии.

Каждый социально дезадаптированный индивид проявляет индивидуальную реакцию на раздражители неблагоприятной для него среды, что находит свое проявление и в индивидуальности девиантного поведения. И даже общие, наиболее распространенные формы девиантного поведения (например, аддикции, делинквентность) имеют у каждого индивида свои, свойственные только ему особенности выражения.

Вместе с тем, в индивидуально-личностном проявлении девиантного поведения имеются реакции и особенности, типичные и для других индивидов. Эта повторяемость позволяет их выделить и обобщить с точки зрения индивидуально-личностной, глубинной типологии девиантного поведения, в отличие от имеющейся типологии, в основу которой положено отклонение от социальных и медицинских норм.

К таким наиболее типичным для детей с девиантным поведением индивидуально-личностным особенностям относятся:

1. "Перевернутые" мировосприятие и миропонимание, для которых характерна неадекватность восприятия социальных процессов. Данная особенность мировосприятия и миропонимания вызывает эффект "кривого зеркала", т. е. алогично-неадекватного отражения и видения настоящей реальной жизни. Подобная искаженность обусловливает и проявление неадекватных реальной ситуации реакций и действий, что ставит индивида в неудобные и в неблагоприятные условия по отношению к среде и людям и, таким образом, социально дезадаптирует его. В этом случае индивид "теряет способность реально решать жизненные проблемы" [1, с. 62].

2. Преобладание в поведенческой линии элементов первой сигнальной системы. В своей поведенческой деятельности девиантный подросток не выстраивает логические результаты своих планируемых и предпо-