

ПЕРЕЖИВАННЯ ЕКСТРЕМАЛЬНОЇ ЕКЗИСТЕНЦІЇ ЯК ГОЛОВНОГО ФАКТОРУ ВПЛИВУ НА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ЛЮДИНИ

Дослідження психологічного стану особистості цілком пов'язано з особливостями її буття. Переживання екстремальної екзистенції або екстремального буття (екологічної чи техногенної катастрофи, надзвичайного стану в соціумі і т.д.) змінює психологічний стан людини. В запропонованій роботі досліджуються особливості психологічного стану хворих, патологічний стан яких пов'язаний з проживанням екстремальної екзистенції. В межах такого контексту прогноуються можливості психокорекційної роботи, її напрямки та прогноз захворювання. Екстремальна екзистенція в даному матеріалі є переживання ліквідації аварії на Чорнобильській АЕС, як екстремального буття людини.

Ключові слова: екстремальна екзистенція, психосоматичні розлади, патології системи кровообігу, типи ставлення до хвороби, інтропсихічна спрямованість, психічна напруга, невротичні стани та розлади.

Постановка проблеми. Вивчення особливостей психологічного стану людини, яка пережила особливий стан буття з приводу переживання певної екстремальної ситуації, а також порівняння з іншими патологіями та приділення особливої уваги саме патологіям систем кровообігу, як тим, що найчастіше зустрічаються. В роботі були досліджені особливості стану людини, а також прояви, поведінка, типи ставлення до своєї хвороби, та інші невротичні стани та розлади, які супроводжують пацієнтів. Ці прояви протягом життя можуть змінюватися та погіршуватися, але приймаючи до уваги всі особливості, які розкриті в даній роботі, при правильному підході в корекційній терапії пацієнтів, можна досягти позитивної динаміки.

Актуальність та ступінь розробки проблеми. Психосоматичні розлади у людей при патологіях системи кровообігу, традиційно розглядаються в межах двох патогенетичних можливостей (А.Б. Смулевич, [1, с. 23-25]): або як фактори, що підвищують ризик розвитку хвороби, або як проявлення розповсюдженої цереброваскулярної дисфункції. Як пише А.Б. Смулевич: «На фоні хронічного стресу, внаслідок різних катаклізмів, ці дві іпостасі психосоматичних відносин у клініці внутрішніх хвороб тісно переплітаються й створюють небувалий до цього малюнок патогенезу клініки...». Обстеження ліквідаторів аварії на Чорнобильській АЕС, що проходять реабілітацію у Лікувально-реабілітаційному центрі імені В.Т. Гуца, а також у відділенні радіаційної медицини в Чорнобильському медичному центрі м. Києва, підтверджують висновки А.Б. Смулевича. У період з 1993 по 2008 роки виявлено, що найчастіше зустрічаються захворювання органів кровообігу.

Протягом 15 років кількість різних патологій системи кровообігу зростає у порівнянні з 1993 роком на 146%. Поява інших патологій коливається в межах від 16 до 36%. Таким чином, головна увага у патологічних станах ліквідаторів аварії на ЧАЕС приділяється системам кровообігу. На другому місці відмічається посилення динаміки передчасного старіння й судинної реактивності. Показник першої патології коливається в межах 61%, другої патології – 57%. З цього витікає, що навіть при відсутності дії негативного фактора (радіаційного опромінення), помічаються фізіологічні погіршення та порушення здоров'я ліквідаторів аварії на ЧАЕС.

З точки зору психологічних особливостей таких хворих (у дифузійному відношенні до хвороб) найпоширенішим є тривожний, іпохондричний та мела-

нхолоїний типи. Хворі відрізняються інтропсихічною спрямованістю реагування на хворобу, на фоні порушення самосприйняття й прийняття себе у хворобі. В результаті обстеження 100 пацієнтів, з метою визначення типу ставлення до хвороби, отримані наступні дані поділу на типи реакції: дифузійний – 22%, змішаний – 23,6%, сензитивний – 16%, гармонійний – 11,5%, ергопатичний – 15%, неврастенічний - 10%, анозогнозичний – 4%. У контексті дослідження методики «тип відношення до хвороби», емоційно-афективний тип виражається у реакціях типу пригнобленого стану, «відходом» у хворобу, капітуляцією перед захворюванням. У процесі проведеного психотерапевтичного аналізу, сензитивний та ергопатичний типи свідчать про присутність внутрішнього конфлікту, належать до різних форм адаптації. До інтропсихічного варіанту реагування на хворобу відноситься сензитивний тип (зв'язок з проблемою, оцінка значимого оточення). Інтропсихічну спрямованість включає в себе тривожний тип, яка проявляється в глибоких внутрішніх переживаннях з приводу хвороби. Ергопатичний тип динамічно сублімує свою активність в інші види діяльності.

Порушення особистісного функціонування обумовлене суперечливим реагуванням на хворобу. Практично у всіх типах відношення до хвороби присутнє гетерогенне ставлення й проявляються два напрямки використання свого захворювання. Пацієнти або соромляться, або використовують свою хворобу у власних цілях. Незважаючи на різнопланову типологію ставлення до хвороби, наявність психологічних проблем у системі «особистість-середовище» спостерігається у всіх типів. З огляду на те, що середній вік ліквідаторів аварії відповідає прояву активності в різних видах соціальних структур, всі пацієнти опиняються перед дилемою - або демонстрацією проблеми, або її витиснення зі свого сприйняття. Таким чином, всі пацієнти перебувають у стані перенапруги, про що свідчать клінічні й експериментальні дані.

У роботах Т.А. Немчина [2, с. 78-80] виділяються 3 ступеня ураження стану напруги. Перший ступінь – «...це стан спокою, своерідної «невключеності» суб'єкта у діяльність для досягнення мети», що супроводжується відсутністю будь-яких явищ психосоматичного дискомфорту, і навпаки – комфорту, коли ситуація не оцінюється як екстремальна. Другий ступінь – «...мобілізація всіх структур організму для досягнення конкретної мети, що супроводжується підвищенням рівня активності динамічних характеристик нервової системи, посиленням афективних властивостей психічних процесів». Третій ступінь виражений «дезорганізацією психічної діяльності, істотним відхиленням у психомоториці, глибокими зрушеннями в нейронно-психологічному функціонуванні мозку й проявом психічного дискомфорту», що супроводжується яскравими змінами у психічній діяльності.

Патогенез системи кровообігу у пацієнтів тісним образом пов'язаний з дослідженням психологічних компонентів. Серед пацієнтів, що мають органічні відхилення у системі кровообігу, близько 25% адекватно оцінюють своє захворювання. Серед пацієнтів з органічно-кардіологічною патологією (які перенесли інфаркт міокарда) таких налічується 3%. У групі хворих з кардіологічними розладами переважаючим є дифузійне ставлення до хвороби (інфаркт міокарда має 32%), на другому місці у пацієнтів з кардіопатологією проявляється ергопатичне ставлення, а на третьому місці – анозогнозичне. У пацієнтів, що пережили інфаркт міокарда, дані типи ставлення до хвороб відсутні. Серед пацієнтів даної групи на першому та другому місці змішаний і сензитивний типи. Дану групу відрізняє присутність проблеми ресурсної стратегії адаптації, про що свідчить наявність у змішаному типі значної час-

тини неврастенічного ставлення до хвороби. Підводячи підсумки дослідження, можна говорити про неконструктивні, невротичні способи пристосування в контексті дезадаптаційних моделей поведінки.

Невротична модель поведінки нерозривно пов'язана зі сферою потреб пацієнта. У 96% хворих, які перенесли інфаркт міокарда, у якості основної потреби зафіксована потреба в любові. У пацієнтів, що мають судинну патологію, такий показник становить 88%. Моделі поведінки обох груп пацієнтів характеризуються відчуженістю, фіксацією на минулому, втратами особистісної значимості, зниженням внутрішньої самооцінки. У дослідженнях танатос-фактора (Л. Сонді) в обох групах виділений радикал деструкції, що у сфері потреб пацієнта характеризується руйнуванням і саморуйнуванням. Показник смертності пацієнтів, за даними офіційної статистики регіонального наукового центру радіаційної медицини, свідчить про те, що більше половини постраждалих, незалежно від часу перебування на ЧАЕС, померли внаслідок суїцидальних дій (таких як отруєння і травми) у 54,7% випадків. Перше місце займають проблеми кровообігу, як причини смертності серед пацієнтів (67% випадків).

Причини, які раніше виділялися в якості тих, що призводять до суїцидальної поведінки, а саме, – матеріальні проблеми, емоційна бідність життя, особиста невлаштованість, внутрішнє напруження – все це, на наш погляд, залишається лише приводом. У роботах М.О. Бердяєва [4, с. 16], де описана епідемія суїцидів серед російських емігрантів, підкреслюється головна небезпека суїцидальної поведінки. Люди із суїцидальним проявом викликають бажання аналогічного вчинку й у інших, тобто є „сіячами” смерті. Виходячи з робіт Ф. Ніцше, можна зробити висновок про те, що основним моментом, через який людина програє у боротьбі зі стражданням, це марність такої боротьби. Таким чином, у виділеному типі поведінки криються дві небезпеки: «інфікування» суїцидальними вчинками і вказівка іншим на безглуздість страждань.

Ситуація критичності, що виходить за межі звичайного соціального досвіду, ставить особистість у кризове становище – максимальний прояв моменту відчуження її Я буття від навколишнього світу. Екстремальна екзистенція змушує перервати психотрансформацію особистості. Порушення такого циклу збільшує усвідомлення людського відчуження. Навколишній світ для особистості до проживання екстремальної екзистенції й навколишній світ після проживання даної ситуації носить інший характер буття. Екстремальна екзистенція змушує особистість усвідомлювати своє знаходження між двома світами. Як правило, перший з них – це момент зближення, що супроводжується подоланням внутрішньоособистісних страхів, зростанням особистісної значимості та інше, і другий – це світ втрати життєвої енергії. Таким чином, суїцидальна поведінка, як логічне завершення екстремальної екзистенції, полягає в тому, що людина не може пережити внутрішнє напруження, викликане усвідомленням присутності двох різних екзистенцій буття. Посилення тривоги пов'язано з неможливістю особистості знайти своє місце у новому бутті. Єдиним способом уникнути суїцидальної кризи стає визнання безмежної могутності навколишнього світу, що автоматично знижує особистісну екзистенцію. Що стосується патології інфаркту міокарда, то у таких хворих вищеописана потреба актуалізується у 72% випадків, що свідчить про необхідність знизити рівень тривоги у будь-якій формі (навіть патологічній або сублімованій).

Відмова від двох значимих позицій – зниження значимості особистісної екзистенції та внутрішньоособистісної самооцінки, – неминуче призводить до внутрішнього конфлікту. Внутрішньоособистісний конфлікт, сформований на

грунті кризового відчуження між двома екзистенціями (до екстремальної та післяподійної), призводить до втрати самоідентифікації й відсторонення особистості від власного Я буття. Незважаючи на досить складні наслідки для особистісної екзистенції, така стратегія є однією з форм захисного механізму. Виходячи з кількості пацієнтів, які дотримуються даної стратегії, можна сказати, що це одна з ведучих тенденцій самозбереження для пацієнтів з кардіологічною патологією. Інша тенденція пов'язана із захисним механізмом Я Л. Сонді. В рамках вищевказаної концепції Я намагається захиститися від усіляких небезпек за всяку ціну. Така стратегія супроводжується дезінтеграцією на рівні повної відмови Я від захисних дій. Клінічно такий стан констатується як повне безсилля, втрата особистості, втрата внутрішніх орієнтирів та інше. У пацієнтів, які перенесли гострий інфаркт міокарда, такий стан зустрічається у 57% випадків, у пацієнтів з кардіологічними розладами без інфаркту – в 37%.

На рівні дослідження емоційного стану особистості, хворі скаржаться на страх, який їх постійно супроводжує, неминаюче почуття провини, тяги до подальшої самопожертви, руйнування внутрішньосімейних стосунків, подвійність поведінки («Ангел на вулиці – чорт вдома»). Такими емоційними проявами характеризуються також пацієнти з кардіологічними розладами, та 30% пацієнтів із судинною патологією. Щодо невротичних проявів, наявність таких у хворих, які перенесли інфаркт міокарда, становить 100%, у хворих із судинною патологією – 67%. Відсоток невротичних реакцій у групі із серцево-судинними розладами вище, ніж у групі із судинними патологіями. При цьому, в групі пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда, невротична модель з'являється у 100% випадків, що істотно відрізняє такий показник для пацієнтів, не втягнених у конфлікт із проживанням екстремальної екзистенції. Невроз у таких пацієнтів пов'язаний не з усвідомленням страху втрати, а зі страхом перед соціальною ізоляцією з присутністю почуття незахищеності, розгубленості, страхом самотності й страхом втрати наявних особистісних стосунків.

Слід зазначити, що така природа неврозу пов'язана з деформованими потребами в даному середовищі, що є наслідком глибини екзистенціального відчуження. Відчуження між двома типами екзистенції буття є настільки гострим й призводить до такого напруження внутрішньої тривоги, що особистість стає дезорієнтованою у власних потребах, а потреби, які актуалізуються, є деструктивними з точки зору вироблення захисних стратегій адаптації. Всі невротичні стани пов'язані між собою, а також проявляються через руйнівні моделі поведінки. Якщо врахувати, що клінічна смерть є, як наведемо вище, волею пацієнта до смерті й обумовлена внутрішніми суїцидальними мотивами, то суїцидальні спроби проявляються у 91% випадків поведінки пацієнтів з невротичними станами.

Основною небезпекою деструктивної поведінки й причиною, що блокує вироблення захисних механізмів, залишається депресія. Депресивні стани діагностовано у 91% хворих з інфарктом міокарда, у 42% з кардіологічною патологією без інфаркту, а також у 62% пацієнтів із судинною патологією. «Кардіологічна» депресія пов'язана в першу чергу зі страхом перед майбутнім. Всі особистісні якості не пов'язані (на думку пацієнтів) з їхньою конкурентною здатністю, соціальною успішністю, а вирішення поставлених перед собою «грандіозних» цілей і завдань пацієнтами знецінюються.

Глибока депресія збільшує проблеми адаптації в умовах нового буття. Страх можливих змін, у свою чергу, посилює тривогу, депресію, що пов'язано з необхідністю постійного контролю над собою й ситуацією. Високий рівень

тривоги в 97% випадків спостерігається у всіх учасників Чорнобильської катастрофи. Пацієнти, які пережили тривогу з приводу катастрофічної події, перебувають у стані «очікування» наступної катастрофи. Перебуваючи в ситуації, коли хворі не мають змоги нічого контролювати, нічого передбачати, вони потрапляють під оптимальні умови фрустрації. Як пише В.С. Ротенберг і В.В. Аршавський [6, с. 72], кращим способом піддавати процесу фрустрації людину в очікуванні наступної катастрофи – це «поставити у ситуацію, коли вона не може контролювати жодної події». У пацієнтів з інфарктом міокарда, що пережили участь у ліквідації катастрофи, у 2,7 разів частіше, у факторному аналізі, можна констатувати появу страху очікування нової катастрофи, ніж у хворих, які перенесли інфаркт міокарда й не брали участі у ліквідації. Небезпека для збереження фізичної цілісності пацієнтів пов'язана з побудовою помилкових стратегій виживання: замість того, щоб пошук смислів виживання, в розумінні можливості вижити, був пов'язаний з життєвістю, з метою адаптації до нових умов пацієнти будують дані стратегії щодо відшукування можливості уникнути нових криз. Ресурсним методом життєвості, в розрізі даної позиції, був би пошук нових смислів, пов'язаних з можливостями виходу з кризи, а лише потім вдаватися до структурування майбутнього потенціалу. Зусилля хворих зводяться до пошуку моделей поведінки власного Я, з метою уникнення попадання у аналогічну ситуацію. Така поведінка пов'язана з глибоким знецінюванням Я буття внутрішньоособистісних орієнтирів, особистісної позиції, тому що попередня призвела до катастрофи.

Головним емоційним проявом пацієнтів стає страх перед хворобами, перед фізичним знищенням, внаслідок чого пацієнти стають неспокійними, недовірливими, а їх психофізичний стан організму порушується. Як пише Д. Калшед [7, с. 170-172,], підсвідоме функціонування психіки можна назвати «божевіллям». Це божевілля дослідник пов'язує з вищеописаним дезадаптивним рухом, що обумовлене особливістю психіки не будувати систему самозбереження, а «атакувати» подібно до імунної системи організму об'єкти, які стали розпізнаватися як чужорідні або небезпечні. Ці атаки руйнують можливість встановлення реальних об'єктивних відносин. Із самозбереження система переходить у стан саморуйнування, внутрішній світ людини поринає у кошмар аутоагресії для побудови самозбереженої системи адаптації.

Рівень високої тривоги – стійка особистісна риса практично у 99% учасників, що пережили критичну екзистенцію (також серед учасників-ліквідаторів аварії на ЧАЕС). А в роботах Ю.М. Губачева [8, с. 78-80] зазначено, що тривога детермінована умовами невизначеності, а при наявності дефіциту інформації, острах незадоволення біологічних та соціальних потреб генералізується, внаслідок чого виникає дезорганізація функцій. Особливий зв'язок спостерігається між тривогою та потребою. Так, у дослідженнях Ф.Б. Березіна [9, с. 120-122] описано, що «при будь-якому порушенні збалансованості системи «людина – середовище», недостатньо психологічного та фізичного ресурсів індивіда для задоволення актуальних потреб...; побоювання, пов'язані з тим, що нові вимоги середовища можуть виявити несподівані неспроможності».

Клінічна картина ліквідаторів техногенної аварії з кардіологічними порушеннями підтверджується рядом діагнозів: вегето-судинна нейроциркуляторна дистонія, пароксизмальні суправентрикулярні тахікардії, гіперкінетичний серцевий синдром. А суб'єктивно дані діагнози в анамнезі підтверджуються болями у серці, відчуттям панічного страху, страхом миттєвої смерті, присуттями пітливістю, почуттям тривоги, що призводить до панічного остраху та

інше. Що стосується пацієнтів, у яких не спостерігаються невротичні розлади, витісненню піддається ряд інших потреб, головною з яких є здійснення добра. Особливістю поведінки є страх порушення порядку й так званий «надлишок совісті». На другому місці констатується тенденція до «чіпляння» за життя або якийсь інший реальний об'єкт. Причиною витіснення таких потреб як терпимість, справедливість, совісність стосовно оточуючих людей і є почуття провини. «Провина виникає у ситуаціях, пов'язаних з почуттям відповідальності. Існує тісний зв'язок між почуттям відповідальності й порогом почуття провини. Варто підкреслити, що причиною для переживання провини може стати як дія, так і бездіяльність» – пише К. Ізард [10, с. 140-142]. На психотерапевтичних сесіях, аналізуючи життєву історію пацієнтів, у 100% випадків пацієнти висловлюють свій жаль про неможливість повернутися в колишній світ на фоні постійного згадування упущених шансів. На питання «Що Ви відчуваєте, аналізуючи попереднє життя?», практично всі пацієнти говорять про гіркоту й жаль. Провина має особливий характер для таких пацієнтів – це вина екзистенціальна. Люди відчувають провину перед власним буттям. Людина відчуває себе як би завислою між усвідомленим минулим і усвідомлюваним майбутнім, і не може адаптуватися в сьогоденні. Як констатує Ф. Ніцше, «провина – це жорстока, але марна емоція, що заподіює людині безглузді страждання й «мотивує» людину до самогубства у всіх смислах цього слова».

Висновок. Таким чином, процес пошуку ресурсних стратегій для ліквідаторів аварії на ЧАЕС украй складний та залежить від об'єктивних особливостей сформованої ситуації. З великою натяжкою можна говорити про можливість пошуку тенденцій до поведінки самозбереження. Але припускається, що виключенням для такої можливості залишаються 3% хворих з кардіологічними порушеннями, відсутні серед хворих, які перенесли інфаркт міокарда й 25% пацієнтів із судинною патологією гармонійного типу відношення до хвороби. Тенденції до ресурсної поведінки хворих з інфарктом міокарда спостерігалися у вигляді виключення при двох об'єктивно присутніх факторах: перший – гармонійний тип відношення до хвороби, другий – сильна підтримка близьких людей.

Кардіологічні розлади ліквідаторів аварії, які не пережили інфаркт міокарда, мають функціональний характер та психосоматичну природу. Задовольняючи потребу в любові, при перебуванні в умовах медичного стаціонару дезадаптаційна стратегія знижувала свою виразність. У хворих із судинною патологією етиопатогенезу, стан яких у меншій мірі пов'язаний з можливістю компенсації в умовах стаціонару, навпаки збільшувалась виразність дезадаптаційних клінічних порушень. Такі судинні патології, як інсульт, цереброваскулярна хвороба, атеросклероз нижніх кінцівок, гіпертензія, патологічний дефект судинної стінки, проявляються через морфологічні порушення, тобто клінічний аспект даної патології має соматопсихічну причину.

Порівнюючи дві категорії пацієнтів – хворих на інфаркт міокарда, що не є ліквідаторами аварії на ЧАЕС, і тих, які пережили екстремальну екзистенцію – пошук їх особистісної стратегії ресурсної поведінки докорінно відрізняється, що пов'язано в першу чергу з відсутністю моменту знецінювання пережитої екзистенції у пацієнтів, що не пережили екстремальне буття. Такий взаємозв'язок чітко простежується щодо кількості неврозів у хворих, які перенесли інфаркт міокарда, у двох аналізованих групах. У пацієнтів, що не беруть участь в екстремальних подіях, невротичний стан зустрічається набагато рідше, але при його наявності ускладнюється перебіг реабілітаційного періоду, а також зустрічається практично у всіх пацієнтів, які пережили клі-

нічну смерть. У пацієнтів другої групи з інфарктом міокарда спостерігається невротична поведінка у 100% випадків, і що аналогічно першій групі ускладнює реабілітаційну терапію. З вищесказаного можна зробити висновок про те, що життєва історія пацієнтів на рівні сприйняття її як пережитої екзистенції, відіграє значну роль у психологічній адаптації хворих з інфарктом міокарда у реабілітаційний період. Саме такий особистісний матеріал у житті пацієнтів може стати ресурсним потоком для вироблення інформаційних стратегій, щоб уникнути деструктивної поведінки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Мерло-Понти М. Око и дух. – М.: Искусство, 1992. – 63 с.
2. Хайдеггер М. Время и бытие: Статьи и выступления. – М.: Республика, 1993. – 447 с.
3. Хант Г. О природе сознания / Под ред. К.Кравчука. – М., 2004. – 555 с.
4. May R. The Meaning of Anxiety. – N.Y.: Pocket Book, 1977, p. 9
5. Рожанец К. Психологические проблемы профилактической психологии / Р. В. Рожанец, О.С. Копина // Психологический журнал. – 1986, №1. – С. 42-51.
6. Хелл Д. Ландшафт депрессии. – М.: Алтейа, 1999. – 280 с.
7. Оллпорт Г. Личность: проблема науки или искусства? // Психология личности: тексты. – М.: 1982. – С. 208-215
8. Похмелкина Г.Ф. Понятия «ценность» и «духовное» в экзистенциальном анализе и логотерапии В. Франкла-А. Ленгле. // 1 Всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии. Материалы сообщений. – М.: 2001, – С. 25-28
9. Роджерс К. Полноценно функционирующий человек // Роджерс К. Взгляд на терапию. Становление человека. – М.: 1994. – С. 234-247
10. Франкл В.Э. Психотерапия на практике. – СПб: Речь, 2000. - 256 с.
11. Франкл В.Э. Теория и терапия неврозов. – СПб.: Речь, 2001. – С. 66-67
12. Франкл В.Э. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. - С. 154-155

Ящук Ж. Н. ПЕРЕЖИВАНИЕ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ЭКЗИСТЕНЦИИ КАК ГЛАВНОГО ФАКТОРА ВЛИЯНИЯ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА

Исследование психологического состояния личности целиком связано с особенностями её бытия. Переживания экстремальной экзистенции или экстремального бытия (экологической или техногенной катастрофы, чрезвычайного положения в социуме и т.д.) меняет психологическое состояние человека. В предлагаемой работе исследуются особенности психологического состояния больных, патологическое состояние которых связано с проживанием экстремальной экзистенции. В рамках такого контекста прогнозируются возможности психокоррекционной работы, ее направления и прогноз заболевания. Экстремальная экзистенция в данном материале – переживание ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, как экстремального бытия человека.

Ключевые слова: экстремальная экзистенция, психосоматические расстройства, патологии системы кровообращения, типы отношения к болезни, интропсихическая направленность, психическое напряжение, невротические состояния та расстройства.

Yashchuk Zh. M. EXTREME EXISTENCE EXPERIENCE AS A MAIN FACTOR OF INFLUENCE ON HUMAN PSYCHOLOGICAL STATE

Investigation of the personal psychological state totally connected with the characteristics of being human. Experiences of extreme existence (such as environmental or man-made disasters, emergency situation in society, etc.) change the psychological state of man. In this work peculiarities of the psychological state of patients are examined, whose Pathologic-physiological condition associated with living extreme existence. Within this context possibilities of psychotherapeutic correction are predicted. Extreme existence in this material is the experience after the crash on Chernobyl nuclear power plant.

Keywords: extreme existence, psychosomatic disorders, circulatory system pathology, disease attitude types, intropsychic orientation, psychic stress, neurotic states and disorders.