

соціалізації. Соціальний педагог повинен бути гуманним, чесним, толерантним. Тоді він зможе досягти значних успіхів у своїй роботі, перетворюючи заклад, в якому працює на те місце, до якого прагнутиме повертатись велика кількість колишніх вихованців та випускників інтернатних установ уже у якості вихователів. Отже, діяльність соціального педагога в таких закладах повинна базуватися на професіоналізмі і комплексному підході до розв'язання проблем вихованців. При цьому важливими соціально-педагогічними чинниками його продуктивної роботи є посилена увага, цілеспрямований вплив на вихованців, залежно від їхньої особистої драми, психолого-педагогічних особливостей; довго тривалість (порівняно з іншими виховними комплексами), у досягненні результатів; гуманізація, індивідуалізація, диференціація соціалізуючого процесу.

Список використаних джерел

1. Трубавіна І. М. Соціально-педагогічна робота з неблагополучною сім'єю. Навчальний посібник / І. М. Трубавіна. – К. : ДЦ, ССМ, 2008. – 132 с.
2. Соціальна робота: технологічний аспект: Навчальний посібник / За ред. проф. А. Й Капської. – К. : Центр навчальної літератури, 2007. – 352 с.
3. Бондарчук О. І. Психологія сім'ї: курс лекцій / О. І. Бондарчук. – К. : МАУП, 2009. – 96 с.
4. Галузінський В. М., Євтух М. Б. Педагогіка: теорія та методика / В. М. Галузінський, М. Б. Євнух. – К. : Либідь, 1995. – 286 с.

***КОТИК І.О.**, к.психол.н., доцент,
доцент кафедри психології*

Вінницького інституту Університету «Україна»

ДЕМЕНЦІЯ ЯК НАСЛІДОК ЗМЕНШЕННЯ ОСОБИСТІСНОГО ПРОСТОРУ ЛЮДИНИ

На сьогоднішній день деменція є однією з серйозних медико-соціальних та психологічних проблем. Збільшення в популяції числа осіб похилого і старечого віку, зміна способу життя, зокрема характеру та обсягу фізичних і емоційних навантажень, раціону харчування, вплив низки хімічних чинників, неймовірний обсяг різної інформації сприяють збільшенню кількості випадків виникнення когнітивних порушень. За оцінками ВОЗ, зараз у світі налічується 35,6 млн. людей з деменцією. Це число подвоїться до 2030 року, і більш ніж потроїться

– до 2050 року [2]. Тому важливим є вдосконалення методів профілактики та ранньої діагностики когнітивних розладів.

Деменція – це синдром, обумовлений захворюванням головного мозку – зазвичай хронічним або прогресуючим, – при якому відбувається порушення багатьох вищих коркових функцій: пам’яті, мислення, розуміння, мови, орієнтації, здатності до рахунку, пізнання і міркування. Деменція не пов’язана із затьмаренням свідомості, «погіршення контролю над емоційним станом, деградація соціальної поведінки або мотивації часто поєднуються з порушеннями когнітивних функцій, а іноді й розвиваються раніше них» [2, С.7]. Цей синдром виявляється при великій кількості захворювань, що викликають первинне або вторинне ураження головного мозку: судинна деменція, при хворобах Альцгеймера, Піка, Крейцфельда-Якоба, Гентінгтона, Паркінсона, Вільсона, при гіперкальціємії, гіпотиреозі, дефіциті вітаміну В12, дефіциті нікотинової кислоти, інтоксикаціях, нейросифілісі, епілепсії тощо. Хвороба Альцгеймера – найпоширеніша форма деменції, і на неї доводиться 60-70% всіх випадків. Поширені також такі форми, як судинна деменція, деменція з тільцями Леві й група захворювань, які відносяться до лобно-скроневої деменції. Між різними формами деменції немає чітких меж, і часто спостерігаються змішані форми.

Деменція по-різному вражає людей – це залежить від впливу хвороби і від особливостей особистості. Ознаки та симптоми, пов’язані з деменцією, проходять три стадії розвитку: рання стадія – перші рік або два; середня стадія – з другого по п’ятий роки; пізня стадія – п’ятий рік і наступні роки. Ці періоди є лише приблизним орієнтиром – іноді стан людей може погіршуватися швидше, іноді повільніше. Слід зазначити, що не у всіх осіб з деменцією обов’язково виявляються усі нижченаведені симптоми (табл.1) [1-3].

Таблиця 1

Типові симптоми у осіб з синдромом деменції

Рання стадія	Середня стадія	Пізня стадія
<ul style="list-style-type: none"> – Забудькуватість, особливо стосовно останніх подій – Труднощі при спілкуванні, наприклад при доборі слів – Втрата орієнтації у знайомій місцевості – Втрата уявлення про хід часу: час доби, місяць, рік, сезон – Труднощі при прийнятті 	<ul style="list-style-type: none"> – Сильна забудькуватість стосовно недавніх подій та імен людей – Труднощі в оцінці часу, дати, місяця та подій – Втрата орієнтації у будинку чи у суспільстві – Зростаючі труднощі при спілкуванні (мовлення і розуміння) – Потреба допомоги для догляду за собою 	<ul style="list-style-type: none"> – Дезорієнтованість у часі та просторі – Труднощі в розумінні того, що навколо відбувається – Нездатні орієнтуватися в будинку – Нездатні впізнавати родичів, друзів і знайомі предмети – Нездатність самостійно харчуватися

ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА: ДОСВІД І ПЕРСПЕКТИВИ

<p>рішень та у поводженні з грошима</p> <ul style="list-style-type: none"> – Труднощі при виконанні складних робіт вдома – Настрій та поведінка: зменшується активність та мотивація, втрачається інтерес до певної діяльності та занять; зміни настрою; депресії, тривожність; роздратованість та агресія 	<p>(туалет, миття, одягання)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Нездатні впоратися з приготуванням їжі, прибиранням або покупками – Нездатні до безпечного проживання наодинці без допомоги – Зміни в поведінці: безцільне ходіння, повторення питань, вигуків, нав'язливість, порушений сон, слухові та зорові галюцинації – Неналежна поведінка вдома чи в суспільстві: розторможеність, агресія 	<ul style="list-style-type: none"> – Зростаюча потреба в допомозі для догляду за собою (користування ванною і туалетом) – Можливі мимовільне випорожнення і сечовипускання – Труднощі в пересуванні – Зміни в поведінці посилюються: агресія до особи, яка доглядає; невербальне збурдження (нанесення стусанів, ударів, пронизливі крики або стогони)
--	--	--

Цікавим, у контексті нашого дослідження є суб'єктно-середовищний підхід до розуміння буття людини С. К.Нартової-Бочавер [5], головним конструктором якого є «Психологічний простір особистості» – суб'єктивно значущий фрагмент буття, що визначає актуальну діяльність і стратегію життя людини.

Він містить комплекс фізичних, соціальних і суто психологічних явищ, з якими людина себе ототожнює. Ці явища стають значущими у контексті психологічної ситуації, набуваючи для суб'єкта особистісного сенсу, і охороняються усіма доступними йому фізичними та психологічними засобами. Провідним у феноменології психологічного простору є стан його меж – фізичних і психологічних маркерів, які відокремлюють область особистого контролю і приватності однієї людини від іншої. Простір з цілісними межами С.К.Нартової-Бочавер називає суверенним, тому що володар може підтримувати свою особисту автономію, а простір з порушеними межами – депривованим, тобто позбавленим можливістю управляти взаємодією зі світом.

Структурно особистісний простір має шість вимірів й відповідно типів меж: I – власне тіло, (комфорт, харчова поведінка, секс), II – територія (житло, кімната, ділянка), III – особисті артефакти (одяг, комп'ютер, авто, особисті речі, гроші), IV – часовий режим (звички, планування, жайворонок-сова, першість), V – соціальні зв'язки (референтна група, родичі, друзі) та VI – цінності (цінності, світогляд, смаки, вподобання). Цей простір рухливий, залежить від інтенсивності та осмисленості життєдіяльності: розширюється на стадії життєвого пошуку, стабілізується та урівноважується при

знаходженні відповіді та стягується при виникненні надцінної ідеї [5].

Таблиця 2

Види меж можливостей за О. І.Кузьміною

№	Критерій для визначення	Види меж та їх характеристика
1.	За місцем відображення у структурі свідомості	Межі «Я-концепції», пізнання, досвіду, знання, емоційно-вольової регуляції, цілеспрямованості, ставлення до світу і до себе; на рівнях свідомості, (виділених В.П. Зінченко) – духовному, біодинамічному та рефлексивному
2.	За місцем відображення у структурі діяльності	Межі, що є обмеженнями мотиваційно-потребової сфери діяльності (бажань, інтересів, переконань, прагнень тощо); межі в цілепокладанні (обмеження прогнозу, планування, здійснення вибору через нестачу інформації, відсутність алгоритмів); обмеження в цілереалізації, тобто власно діяльності (у ситуації невизначеності, наприклад при появі чогось нового, невідомого старі способи здійснення діяльності, необхідні для досягнення мети, виявляються не дієвими); межі оцінювання і самооцінювання на будь-якому з рівнів діяльності в умовах досягнення успіху або невдачі, відсутності алгоритмів оцінки, помилки оцінювання, неадекватності самооцінки
3.	За типом зв'язку суб'єкта з межею	Об'єктивні – існують незалежно від суб'єкта, визначаються властивостями об'єкта, зовнішніми умовами; суб'єктивні – залежать від суб'єкта, визначаються тим, як суб'єкт відображає обмеження
4.	За походженням	Трансльовані ззовні (інтеріоризовані межі); генеровані самим суб'єктом (екстеріоризовані межі). Наприклад, самозаборона, перешкоди конгруентності – види захисту в концепції К. Роджерса, феномен проєкції
5.	За локусом усвідомлення	Зовнішні – приписуються суб'єктом зовнішньому світу як джерелу меж; внутрішні – приписуються суб'єктом своєму внутрішньому світу: людина вважає, що вона є автором обмеження
6.	За динамічними властивостями	Рухомі й нерухомі, сталі й гнучкі, міцні й крихкі, межі-магніти, межі-буфери, подвійні межі тощо
7.	За ступенем адекватності відображення меж суб'єктом	Реальні, що відповідають дійсності; ілюзорні – не відповідають дійсності в результаті помилки відображення (суб'єкт може придумувати неіснуючі перешкоди або спотворювати наявні)
8.	За темпоральними та імовірнісними характеристиками	Межі минулого, актуальні, потенційні, віртуальні
9.	За способом подолання	Реальне або уявне; активне-пасивне подолання
10.	За функціональною ознакою	Межі-каталізатори (спонукають індивіда до подолання, є додатковим джерелом мотивації «зняття» меж); межі-інгібітори (пригнічують активність: зовнішні вимоги, не прийняті індивідом, батьківські заборони, директиви); межі-маркери (позначають межі віртуального стану, вихід за межі якого не є актуальним для досягнення мети)

Під час критичних моментів межі можуть втрачати міцність, а особистість регресує до методів самовираження у минулому, наприклад до психосоматики чи імпульсивних вчинків. До характеристик простору належать його обсяг, форма, кількість вимірів, збережуваність. Особистісний простір розвивається у онтогенезі та взаємопов'язаний з іншими якостями особистості. Психологічний простір – кумулятивна якість, він розвивається з віком у бік розширення. Порушення й підтримання меж закріплюються у Я-концепції і виражаються у об'єктивній поведінці людини, даючи оточуючим сигнали стосовно того, яку частку простору людина готова розділити з іншими, а яку розраховує натомість отримати від інших. Збережуваність простору та міцність його меж дає людині переживання суверенності, автономності, свободи, відчуття впевненості, безпеки, довіри до світу [5].

Поняття «межа» у психологічній теорії та практиці щодо деменції є надзвичайно важливим та потребує окремого розгляду. На основі рефлексивно-діяльнісного аналізу О. І.Кузьміна [4, С.210]. виявляє види меж можливостей, знання яких сприяє ефективній роботі фахівців у психотерапії.

Усвідомлення будь-яких з перерахованих вище видів меж призводить до виникнення і переживання людиною протиріччя «Я-обмежене» – «Я-безмежне», якщо межа відображає перешкоду в значущій для неї діяльності та викликає бажання її подолати. Таким чином, можна виокремити в окрему групу межі різних видів «Я»: ідеального та реального, спонтанного та рефлексивного, діючого, мислячого, пізнаючого тощо. У ситуації невизначеності людина здатна вийти за межі «актуального Я» у новий вимір та стати «трансцендентним Я», відкритим до нових віртуальних можливостей. Посередництвом децентрації фокус уваги зміщується з «Я» на нові розширені можливості, на пізнання істини як «Я-загального», частини людства та культури. Надалі відбувається повернення до «реального Я», проте збагаченого новими закономірностями та можливостями. Такий діалектичний процес взаємопереходів різних видів «Я» та протиріч між «Я-обмежене» та «Я-безмежне» характерний для суверенного простору особистості.

Теорія суверенності використовувалася нами у практиці індивідуальної та групової роботи з клієнтами. Зокрема, ми розробили авторську методику «Зустріч з особистісним простором» для діагностики збереженості особистісних меж і якостей простору та подальшої психотерапевтичної роботи. Техніка передбачає такі основні змістовні елементи: mindfulness-медитація «Мій простір: тут і

тепер»; зображення особистісного простору за схемою та змістовне наповнення (листок А4 з кругом, що містить 8 секторів-вимірів простору: власне тіло, територія, особисті речі, часовий режим, соціальні зв'язки, цінності, смаки, сектор без назви; рефлексія за наповненням простору (обговорення у групі); Лабан-робота з простором, робота з полярностями (великі-малі рухи; сильні-легкі рухи; швидкі-повільні рухи; вільний потік-зв'язаний потік); танцювально-рухова техніка «Слова-дії» (бігти, крутитися, стояти, згинатися, розширювати, зменшувати тощо); перенесення досвіду розширення простору на малюнок (папір А3, фарби, пензлики); рефлексія щодо внутрішніх та зовнішніх меж простору «Я хочу і я можу»; формування групового простору (папір А1, клей, фарби тощо).

Отримані результати давали змогу клієнту наочні побачити та усвідомити проблеми з межами простору, зруйновані та збережені сектори, їх змістовну наповненість, а психологу – передбачити якість та сутність психологічних проблем, які переживає суб'єкт. Крім того, форма та наповненість простору є інформативними щодо ресурсів, типових засобів стихійного психологічного опанування та подолання проблем.

Аналіз особистісного простору клієнтів з деменцією виявляє такі закономірності: ригідна фіксація на певних способах середовищного самовираження; порушення меж простору, зокрема розриви через відсутність певного сектору; звуження особистісного простору загалом; негармонійність форми простору; нерівномірна питома вага секторів; неможливість розширити кількість секторів; ригідне перенесення форми та стилю круга простору при нових розширених умовах (більший формат паперу, відсутність формальних інструкцій, зміна засобу малювання). Доволі високий зв'язок осмисленості життя з такими вимірами простору як власне тіло, соціальні зв'язки, особистісна територія. Адже «серйозні екзистенційні кризи проявляються в утраті звичних засобів самопідтвердження, їх зміні та набутті нових онтологічних мов, що особливо виразно проявляється у процесі переживання криз зрілості, які нормативно супроводжуються переживанням просторово-часової недоречності» [5, С. 267].

Наразі первинна профілактика деменції повинна орієнтуватися на вирішення завдань, що визначаються з огляду на наявні фактичні дані. Зокрема, це протидія факторам ризику розвитку судинних захворювань, включаючи діабет, гіпертензію та ожиріння у середньому віці, куріння і відсутність фізичної активності. Проте найвагомішими профілактичними засобами є розширення меж

власного особистісного простору: баланс між турботою про себе та про близьких і оточуючих; зосередження на позитивних сторонах власного життя, надання собі права на відпочинок та різноманітні ресурсні справи; прийняття відповідальності за власне життя; визначення нових цілей та шляхів їх досягнення; взаємодія з молодими та енергійними людьми; дослідження та пізнання нового про власне тіло, територію, часовий режим, особисті речі, соціальні зв'язки, цінності, смаки, вподобання, про надбання Цивілізації та Культури; додавання нових форм громадської та фізичної активностей; присутнє, свідоме та креативне буття; гумористичне ставлення до життєвих проблем.

Згідно дослідженням ВОЗ деменція немає жодного відношення до нормальних процесів старіння. Старечий вік – час активної та дуже інтенсивної роботи людини над структуруванням особистісного простору посередництвом знаходження нових смислів, інтегрованості думаючої, прагнучої, бажуючої, почуттєвої частин Я, гармонізації зовнішніх та внутрішніх меж Я.

Список використаних джерел:

1. Деменция. Информационный бюллетень ВООЗ № 362, апрель 2016 г. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/ru/>
2. Деменция: приоритет общественного здравоохранения [Електронний ресурс] / ВООЗ и Международная организация по проблемам болезни Альцгеймера, 2012. – 112 с. – Режим доступу до ресурсу: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/ru/
3. Деменція. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги / Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.2016 р. № 736 // Нейронews. – № 8 (82). – 2016. – С. 55-61.
4. Кузьмина Е. И. Психология свободы: теория и практика / Е. И. Кузьмина. – СПб. : Питер, 2007. – 336 с.
5. Нартова-Бочавер С. К. Человек суверенный: психологическое исследование субъекта в его бытии / С. К. Нартова-Бочавер. – СПб. : Питер, 2008. – 400 с.