

Програми і схеми досліджень психіки душевнихворих на Поділлі та їх природничо-наукові основи (кінець ХІХ – початок ХХ ст.)

У статті здійснюється теоретичний аналіз природничо-наукового спрямування програм та схем дослідження психіки душевнихворих на Поділлі в кінці ХІХ – на початку ХХ століття.

Ключові слова: психіка, душевні хвороби, Поділля, історія психології, психіатрична лікарня.

В статье осуществляется теоретический анализ естественно-научного направления программ и схем исследования психики душевнобольных на Подолье в конце ХІХ – начале ХХ века.

Ключевые слова: психика, душевные болезни, Подолье, история психологии, психиатрическая больница.

Вивчення різноманітних зв'язків сучасної психологічної практики з історичними процесами та їх взаємозв'язків базується на потребі проведення аналізу того, як це явище виникло в історії, які головні етапи у своєму розвитку ці явища проходили, і з точки зору цього розвитку дивитись, чим ця річ стала [3, с. 1-5]. Проблеми психології у царині теорії в Україні досліджуються більш активно, ніж її історія. Усунення численних прогалин в історії української психології, які стоять на заваді відтворення її адекватного та цілісного образу, є одним із найважливіших завдань, що стоять перед науковцями сьогодні [4]. Існують праці, які розглядають та розкривають історію психології Наддніпрянської (Іванова О.Ф.) [5], Південної (Акімова Л.Н., Пивоварчик І.М.) [12] і Західної України (Данилюк І.В.) [4], але залишається нерозкритою історія розвитку психологічної науки на Поділлі.

Мета цієї статті полягає у вивченні діагностичних документів дослідження психіки душевноговорого в історії психології Вінницької психоневрологічної лікарні імені О.І. Ющенка наприкінці ХІХ – на початку ХХ століття.

Міри для попередження душевних і нервових захворювань почали займати капітальне місце в питанні про охорону психічного здоров'я населення Поділля у ХІХ столітті. У цей період число захворювань значно зростало. Лікарі-психіатри помітили, що ці розлади й хвороби належать до тяжких хронічних та тривалих хвороб і люди, які страждають деякими нервовими і взагалі душевними хворобами, не можуть виконувати громадські, суспільні обов'язки, тобто, за І. Мержеєвським: "Вони не вносять вклад у скарбницю суспільного благополуччя і розвитку, а тому збільшення нервових й душевних захворювань неминуче завдає великої шкоди існуючим силам губерній, а саме розумовому, моральному і матеріальному її багатству" [10, с. 15; 17].

До причин, що сприяють виникненню і розвитку нервових й душевних хвороб, у більшості випадків, вважали наслідки "ненормальних", неблагополучних суспільних умов, до яких крім спадковості, на перше місце відносили зловживання алкоголем та вплив оточуючого середовища, у якому знаходиться особистість [6; 11]. Директор Вінницької психіатричної лікарні Г.Г. Бойно-Родзевич зазначав: "Головна задача лікаря-психіатра – зменшити людські страждання, хоча б ті з них, які пов'язані з хворобою, і це може виконатися лише за однієї умови: при можливості детальних і точних знань того, з чим мають справу. Всі поради і заходи можуть приносити користь лише тоді, коли вони базуються на правильній діагностиці" [2, с. 9].

Задачі тогочасної діагностики полягали у тому, щоб прийти до чіткого розуміння за спостереженням, зрозуміти та виявити всі деталі й особливості, пов'язати між собою окремі явища в єдине ціле, прослідкувати шлях протікання і виникнення розладу, а також встановити їх причини. М.В. Країнський зазначав: "Лікар має справу не з хворобами, а з душевнохворими, з яких кожен хворіє по-своєму, і якщо в окремому випадку виявиться надзвичайно важливим встановити існування певної хворобливої форми, то не лише важливо знайти ті особливості, а й в інших випадках і різні відхилення, які вносить кожний душевнохворий у встановлені схеми наших підрозділів. У цьому і полягає запорука й успіхи наших заходів та подальший прогрес в області знань" [6, с. 18].

Правильну діагностику базували на докладному вивченні, яке включало інформацію про минулий і теперішній стан

душевнوخворого, намагалися виявити й вказати причини та прослідкувати розвиток. У зв'язку з відсутністю різких меж між здоров'ям і хворобою, а також з наявністю багатьох перехідних й граничних випадків, диференційна діагностика між душевною хворобою та психічним здоров'ям може часто зустріти непереконливе ускладнення. Але на думку спеціалістів лікарні, ретельне та всебічне вивчення завжди дозволяє дати певну відповідь на поставлене запитання, в крайньому випадку задовольняючи тим практичним цілям, які малися на увазі [14, с. 1-5; 16].

Головну основу програми і схеми для загальної діагностики психічного розладу Вінницької психіатричної лікарні базували на таких даних: по-перше, встановлення змін особистості. Окрім вродженого хворобливого стану, психічний розлад являв собою завжди певний процес, який мав свій початок і відомий, на той час, хід розвитку. Цей процес, в силу сукупності психічної хвороби, змінював всю передуючу особистість душевнوخворого, що робив її іншою, чим була вона до захворювання. Тому вважали встановлення зміни особистості, яке починалося з того чи іншого моменту, першою і необхідною умовою для визнання душевних розладів. При оцінці зміни особистості звертали увагу не стільки на окремі елементарні розлади, скільки на їх сукупність, приведення окремих симптомів в загальний зв'язок, що дозволяв встановити певну форму відхилення. Точне визначення хвороби чи розладу – складало другу необхідну умову виявлення душевного розладу [9; 15].

Зупинимося детально на загальній схемі всебічного вивчення душевнохворих та їхньої психіки у Вінницькій психіатричній лікарні. У всіх без виключення випадків в основу діагностики душевного захворювання входило всебічне вивчення цієї особистості. Сюди було включено повний анамнез, якому приділяли важливе значення для виявлення душевних розладів. На його базі складали чітке уявлення про те, якою була ця особистість до захворювання, які умови – благополучні й неблагополучні – впливали на її душевний стан і розвиток, виявляли характерні риси, визначали початок та протікання захворювання, а також причини, які посприяли її появі. Далі вивчали детально існуючий стан як психічний, так і фізичний. Звертали увагу на зовнішній вигляд людини (виразні рухи), її роботи (малюнки, рукописи). Проводилися тривалі спостереження, що полягали в оцінці відношення та

поведінці душевнохворих до інших людей, проведення ними часу на одинці. Вивчали фізичний стан: сон, коливання температури, характер неадекватного прояву поведінки [6; 13; 14].

Досліджуючи психічну діяльність, визначали: ступінь збереження свідомості (відношення до оточуючих, здатність до орієнтування, чи вважає себе хворим); настроїв, схильність до афектів; зміни інтелектуальної діяльності (марення, галюцинації, пам'ять, процеси асоціації); прояв вольової діяльності (поведінка хворого, психомоторні розлади). Також враховували і фізичний стан, його сон, апетит, судомні випадки та ін. [11].

Дослідження дійсного стану складався із загального вигляду душевнохворого, спілкуванням з ним та фізичне дослідження. Загальний вигляд душевнохворого його зовнішній вигляд сприймався за цінні вказівки. З першого враження складали уявлення про ступінь виснаження душевнохворого, розрізняли лихоманного хворого, вагітну, алкоголіка і т.п. від добре фізично здорових. Звертали увагу на будову тіла та її відхилення (кіфоз, акромегалія та ін.), й на фізичні ознаки дегенерації (неправильна форма черепа, вушних раковин, заяча губа), а також на вираз обличчя, міміку та інші зовнішні прояви (манера тримати себе, рухливість чи скованість, балакучість, особливі костюми чи неохайність в одязі) – все це дозволяло в деякій мірі скласти уявлення про стан психічної діяльності [6; 14].

Початковий загальний огляд разом із зібраними анамнестичними даними про пацієнта давали перші вказівки щодо того, як почати та вести з ним розмову, а також визначали реакцію на перше звернення до нього (Як Ваше здоров'я?, чи як Ви себе почуваете?). Розмову вважали одним із найбільш важливих засобів проникнення у внутрішній світ душевнохворого і намагалися вести її неоднаково, без шаблонів [2; 6].

Схема дослідження психічної діяльності душевнохворого використовувалась лише як вказівка, що характеризувала певний стан і аналіз, який необхідний був для правильного судження про розлад чи хворобу та їх розпізнання і включала: визначення стану свідомості, яку вважали за опору при діагностиці душевних розладів. У кожному випадку визначали: ясність свідомості, орієнтацію в оточуючому середовищі (місце, час) та по відношенню до інших людей, усвідомленість розладу. Мали на увазі, що неправильні відповіді на питання: звідки

хворий прийшов, де він тепер знаходиться, який сьогодні день, місяць, пора року і т.п., могли залежати не тільки від розладу свідомості, але й від розладу пам'яті [14].

Досліджуючи душевне відчуття, визначали стан самопочуття, переважаючий настрої, наявність тих чи інших афектів. Крім прямих розпитувань, слідкували за мімікою (визначали пригнічений стан, шумливість, страх, піднесений настрої, чи повну байдужість). Звертали увагу на стійкість чи мінливість існуючого стану, ефективність, коливання їх в залежності від часу (підвищення чи зниження, схильність до афектів, їх втрата), порушення, якщо існували, а також як низькі органічні, так і високі почуття (любов, моральні почуття, прихильність до рідних і близьких) [2; 6].

Досліджуючи розлади розумової діяльності, визначали загальний рівень інтелектуальних процесів, а саме: здатність до сприйняття, пам'ять, процеси асоціацій. У здатності до сприйняття зовнішньої вразливості (зорові, слухові та ін.) та їх подальшої переробки виявляли: здатність до збереження сприймання, а якщо була відсутня, то завдяки яким умовам (безсвідомий стан, глибоке зниження інтелекту); правильність, чіткість сприйняття і відповідність дійсності (впізнання) чи спотворення (ілюзорне сприйняття, фантазування); наявність ілюзій, галюцинацій, псевдогалюцинацій, яким органом відчуття вони впливають на психічну діяльність; існування впливу зі сторони загальної і м'язового відчуття, у чому вони виражаються і їхній вплив (неправильне тлумачення, алогізація) [14, с. 25].

У дослідженні пам'яті окремо виявляли здатність до запам'ятання та здатність до відтворення сприйнятих вражень. Розлади здатності запам'ятання спостерігали у нездатності душевнохворим запам'ятати власні імена оточуючих. Також виявляли при читанні або при показі картин, які душевнохворі повинні запам'ятати і повторити почуті слова та зображення картин. Здатність відтворення сприйнятих вражень визначалася при розпитуванні подій, які були особливо важливими для душевнохворого: службова діяльність, шлюб, народження дітей, втрата близьких людей, колишні знайомі. Велике значення приділяли послідовності тих чи інших подій та їх періоди у часі [6, 26].

На першій зустрічі з душевнохворим складали уявлення про процеси асоціацій. При спілкуванні виявляли, як здійс-

нюється поєднання у них ідей: сповільнене чи прискорене; наявність схильності поєднувати за звучанням чи за змістом; стереотипність до повтору одних і тих же слів, зворотів, послідовність мислення, чи уривчастість, беззв'язність. Крім швидкості і послідовності наступний етап дослідження процесу асоціацій спостерігався у виявленні їх продуктивності та рівня пізнання зовнішнього світу. В цьому відношенні орієнтувалися на збереження логічного апарату, здатності утворювати правильні судження і умовисновки, силу та глибину мислення, збереження критики, вплив уяви (фантазія), стійкість розумових операцій, швидкість виснаження. Цей аналіз збереження логічного апарату і отриманих при його проведенні результатів дозволяв визначити ступінь збереження розумової діяльності і виявити її ослаблення та занепад. Також при дослідженні процесів асоціацій душевнохворого, крім розмови, використовували більш точні способи, які мала експериментальна психологія на той час. Ці способи, в основному, торкалися найбільш елементарних процесів – швидкості і якості асоціацій (поєднання за схожістю, співзвуччю). Лікарі-психіатри Вінницької психіатричної лікарні вважали, що звичайний клінічний метод дає важливіші і правильніші результати, ніж експериментальний, тому у практичній діяльності їх намагалися не використовувати, але теоретично вивчали і цікавилися [1; 14, с. 29].

Наступним етапом до загально прийнятої схеми психічного дослідження душевнохворого відносили увагу, яку вважали перехідною сходинкою від інтелектуальної до вольової сфери. В цьому відношенні визначали існування акту уваги, в пасивній чи активній формі проявляється, наскільки вона стійка, тривалість її зосередження та відволікання, наявність посиленого напруження уваги в негативний бік (маячні ідеї, больові відчуття) [6; 11].

Розлади вольової діяльності виявляли у спостереженні за мімічними проявами та довільними руховими актами, враховували мовлення. При дослідженні звертали увагу на кількість мимовільних рухів й особливості їх прояву. Кількість рухів виявлялась відхиленням від норми у бік збільшення (посилена рухливість, рухове збудження) та зменшення (уповільненість рухливості, рухове пригнічення). При цьому визначали ступінь відхилення: наскільки значне рухове збудження, чи прояв-

ляється воно у збільшенні прагнення до діяльності, чи існує безпосереднє моторне збудження, чи зберігають при цьому рухи психічний і координований характер (співи, танці), виявляються безладними, некоординованими. При руховому пригніченні визначали в'ялість, уповільненість, нерішучість, послаблення загальної рухової енергії, також чи різко виступає психомоторна загальмованість, яка може доходити до повного припинення рухів. У одному й іншому випадку загальний стан рухових проявів поєднували із змінами у мовленні (говірливність, мовчанка). За допомогою мови (усної та письмової) психіатри визначали загальний рівень розвитку душевнохворого, стан його свідомості, правильність сприйняття, зміст маячних ідей, його думки, відчуття й бажання. Швидкість (прискорення, уповільнення), послідовність (беззв'язність, нахили у бік), особливості жаргону, зміни граматичних зв'язків, стеріотипізація, уповільнення мовних реакцій до повного її припинення – все це надавало важливі пізнавальні показники для обговорення швидкості і послідовності асоціативних процесів, ступінь збереження інтелекту, розлади вольової діяльності та ін. Правильність оцінки цих зовнішніх показників поєднували з іншими проявами психічного життя душевнохворого. Л.Ф. Якубович вважав, що за зовнішніми руховими проявами криється внутрішній суб'єктивний світ з його відчуттями, думками і потягами, які являють собою його безпосереднє вираження та слугують єдиним засобом для проникнення в нього і його розуміння [6; 9; 14].

В. Сербський зазначає: “Ідеї відчуття і потягів обумовлюють ті складні рухові прояви, сукупність яких поєднують під загальним ім'ям поведінки, яке стоїть у тісному зв'язку з конгломератом, що носить назву особистість” [14, с. 34]. У цьому відношенні звертали увагу на вивчення як окремих вчинків, так і всього способу життя у зв'язку із обумовлюючими їх мотивами і тими змінами в них, які внесені хворобою (ритуал, створений душевнохворими при нав'язливих ідеях, схильність до самотності і нелюдимості при меланхолії та ін.). Переважаючі мотиви, які існували у душевнохворого і визначали загальні напрямки його поведінки, слугували вказівкою на ті зміни, які мала їх особистість. Ці зміни особистості складали, з одного боку, додавання нових елементів, які не входили раніше до її складу (маячні ідеї, зміни відчуття, посилення потягів та ін.),

а з іншої – втратою чи послабленням попередніх складових частин, які входили в ядро особистості (послаблення моральних відчуттів і потягів зниження пам'яті і критики і ін.). У числі основних елементів особистості відзначали також ступінь навіюваності. В практичному відношенні до важливих змін особистості відносили порушення можливостей до спільного проживання, що вимагало приймати міри до відсторонення і виділення душевнохворого з соціального оточення. У розвитку та виробленні особистості, крім свідомої діяльності, велику роль приділяли процесам підсвідомості, які вважали, могли іноді виступати на перший план, обумовлюючи такі яскраві явища, як стан психічного автоматизму [6; 11].

Багатостороннє вивчення душевнохворого для визначення його дійсного стану у психічному і фізичному відношенні дали поштовх та показали необхідність неодноразового, а проведення повторних, багаторазових досліджень щодо діагностики та лікування душевнохворих. Також всі дані не зберігати у власній пам'яті персоналу, а фіксувати на листках (відомостях) кожного дня для збереження наявних, точних даних упродовж спостереження та порівняння показників у будь-який період часу [2; 11].

З 1901 року директором Вінницької психіатричної лікарні був призначений М.В. Країнський. Він розробив оригінальну на той час медичну документацію, особливо історію хвороби (“Скорбний лист”). Також великий інтерес до себе привертає його програма та схема психічного дослідження душевнохворих, яку частково використовували у практиці Вінницької психіатричної лікарні [1; 7]. Ця програма спрямована на шляхи виявлення і виміру індивідуально психологічних особливостей душевнохворих [8]. Спочатку схема фіксує час і дату проведеного дослідження, ім'я і прізвище хворого, вік, професію, рід заняття, діяльність хворого, його сімейне і суспільне становище, а також вказується, ким проведене дослідження. Програма М.В. Країнського про психічне дослідження душевнохворих включає такі розділи:

- сприйняття зовнішньої вразливості: 1. Анатомо-фізіологічний стан і діяльність органів чуття; 2. Увага пасивна. Сигнальна увага. Панування в психіці найбільш сильної вразливості. Дзеркальне відображення (зовнішня вразливість не закріплюється у вигляді слідів

- пам'яті). Перцепція; 3. Активна увага. Вибір вра-
зливості. Допитливість;
- елементи психіки: 1. Відчуття; 2. Сприймання (психічні образи як дзеркальне відображення дійсності); 3. Уявлення (образи пам'яті, детальність їх); 4. Образи фантазій. Псевдогалюцинації. 5. Сновидіння; 6. Ілюзії; Галюцинації (нюхова, зорова, слухова, смакова, шкірних відчуттів, загального почуття); 7. Кількість уявлень; 8. Протікання їх (зв'язне, невпорядковане, в'яле, прискорене, уповільнене). Вихор уявлень. Хаос уявлень. Асоціації уявлень: 1. За часом; 2. За місцем; 3. За схожістю; 4. За співзвуччям; 5. Випадкова. Пам'ять: 1. Здатність запам'ятовувати. Стійкість, правильність та детальність запам'ятовування. Корсаківська амнезія; 2. Здатність пригадувати (давноминуле й недавнє). Біографічні спогади. Проблеми спогаду; 3. Обман пам'яті; 4. Фантазія;
 - переробка психічних образів і побудова зв'язних психічних процесів: Свідомість (Орієнтація у часі; у просторі; в оточуючому середовищі і розуміння його; Впізнавання оточуючих облич; Свідомий стан своєї особистості (хто він, звідки, біографічні дані про себе, близьких і рідних); Сплутаність свідомості: хаос уявлень, дезорієнтація, запаморочення)[8, 1-9].

Ці розділи дозволяють простежити розвиток та властивості більшості пізнавальних процесів душевнохворих, виявити їх ставлення до оточуючого світу. Наступний розділ програми визначає процеси мислення та мовленнєву діяльність. Акцентується увага на розумовий розвиток, а саме:

– вищі форми психічної діяльності, включають такі підрозділи: розумова сфера: узагальнення і утворення понять. Загальні та відволікаючі; Коло відомостей та знань. Ступінь розумового розвитку і освіти. Освіченість. Відсталість розумового розвитку у порівнянні з рівнем оточення; Логічні форми мислення. Загальні та причинні судження; Математичні судження; Абстрактне мислення; Здібність до умовиводів; Здібність до критики; Нав'язливі думки; Побудова і хід думок. Їх словесна вимова; Мовлення. Граматичні форми мови. Уривчастість; Говірливість, Мовчазність; Читання та його розлади; Письмо та його розлади; Розмова про себе. Невизначний

шепіт; Омана і помилки; Неправдивість; Хвастоці; Трансформація особистості і роздвоєння; Здатність зосередитися, неухважність; Здатність міркування (застосування загальних і причинних суджень до дій) [8, 12-15].

Останні два розділи програми М.В. Країнського спрямовані на дослідження афективної сфери душевнохворих:

- воля (дії, вчинки, поведінка, бажання, прагнення, активність, ініціативність, нерішучість, автоматичні акти, свідомість, імпульсивність, час реакції, зовнішній вигляд, міміка, виразні рухи, діяльність (підвищення чи пониження), рухове збудження, неспокій, руйнівні схильності (биття скла, псування і розмальовування стін), стереотипія, наслідування, хворобливі потяги і пристрасті);
- емоції (настрій духу, ейфорія, веселість, байдужість, апатія, млявість, самовдоволення, відчуття щастя, драгівливість, запальність, нестійкість настрою, злість, мстивість, жорстокість, заздрість, добродушність, співчуття, жалість і турбота про ближніх, любов, ревності, афекти, тривожність, фобії, егоїзм, відчуття власної гідності, честі, гордості, презирство, альтруїзм, ідейність, характер та темперамент (енергійний, флегматичний та ін.) [6; 8].

Варто зазначити, що програма та схема психічного дослідження душевнохворих М.В. Країнського найбільш повно діагностує їх психічний стан, але, приймаючи до Вінницької лікарні, більше користувалися загальноприйнятим зразком діагностики душевних хвороб [6; 11].

Отже, кінець XIX – початок XX століття на Поділлі характеризується помітним етапом у розвитку дослідження психічної діяльності. У діагностичних схемах та програмах дослідження психіки душевнохворих простежується природничо-наукове спрямування, яке велику увагу приділяло тілесним виявам життєдіяльності організму, дошукуючись фізіологічних механізмів поведінки.

Класифікація структури схем та програм діагностики дослідження психічних розладів на цей час, порівнюючи з кінцем XIX століття на Поділлі, значно змінилась і вдосконалилась. Водночас, вже на той час фахівці-психіатри поклали в основу фундаментальні принципи й етапи діагностики у дослідження психічної діяльності. Отже, вивчення основних

напрямок діагностування душевних хвороб може дати матеріал для повсякденної психологічної практики та дослідницької думки, яка має актуальне значення для подальшого розвитку української історії психології.

Список використаних джерел

1. Библиографический указатель работ, выполненных на базе областной психиатрической больницы им. акад. А.И. Ющенко за 75 лет (1987-1972 гг.). – Винница, 1972 (Центральна наукова бібліотека. – Акт № 197 – 3. – № 5 1053-1).
2. Бойно-Родзевич Г.Г. Трудотерапия и метод Симона // Проблемы организации психиатрической помощи. – Киев, 1935 – С. 190-198.
3. Быкова Л. Философские и естественнонаучные основы психологии. – Профиздат, 1966. – 26 с.
4. Данилюк І.В. Історія психології в Україні: Західні регіони (остання чверть ХІХ – перша половина ХХ століття). – Київ: Либідь, 2003. – 152 с.
5. Иванова О.Ф. Історія психології ХІХ–ХХ століття (на матеріалі розвитку психології на Слобожанщині): Навчальний посібник. – Харків: ХДУ, 1995. – 120 с.
6. Клочко В.Л. Вінницька психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенка. 1897-1997: Історичний нарис. – Вінниця: РВВ ВАТ “Віноблдрукарня”, 1997. – 136 с.
7. Краинский Николай Васильевич: Личное дело № 824 Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии. – Харьков. – 44 с.
8. Краинский Н.В. Программа и схема психического исследования душевнобольных. – Скоропечатная “Труд”. – Борисполь, 1916.
9. Марцинковская Т.Д. История психологии. – М.: Академия, 2007. – 544 с.
10. Мерзеевский И.П. Об условиях, благоприятствующих развитию душевных и нервных болезней в России, и о мерах, направленных к их уменьшению. – С.-Петербург: Типография М.М. Стасюлевича, 1887. – 25 с.
11. Никольский А.В. Винницкая окружная лечебница // Никольский А. В. Психиатрические параллели (Россия и Германия). Отчет о науч. командировке в октябре-декабре 1912 года. – М., 1913. – С. 9-11, 57-59, 142.

12. Пивоварчик І.М. Історія становлення психологічних наукових шкіл на Півдні України (XIX – XX ст.): Дис... канд. психол. наук.: 19.00.01. – Одеса, 2006 .
13. Роменець В.А. Історія психології XIX – початку XX століття: Навчальний посібник. – К.: Вища школа, 1995. – 614 с.
14. Сербський В. Распознавание душевных болезней. – Москва, 1906. – 48 с.
15. Сикорский И.А. Об успехах медицины в изучении явлений психического мира. – С.-Петербург: Типография М.М. Стасюлевича, 1889. – 21 с.
16. Якунин В.А. История психологии // Учебное пособие. – СПб., 1998. – 376 с.
17. Ярошевский М.Г. Гельмгольц, Сеченов и проблема детерминации нервно-психической деятельности // Вопросы психологии. – 1960. – № 5. – С. 3-15.

In the article the theoretical analysis of naturally scientific direction of the programs and charts of research psyche of mentally ill in Podillya at the end of the XIX – at the beginning of the XX century is carried out in this article

Key words: psyche, mental affections, Podillya, history of psychology, mentally house.

Отримано: 29.05.2009

УДК 364:314.8(477)

А.П. Шаповал

Зниження життєвого рівня населення як спонукальний імператив демографічної кризи

У статті розглядаються деякі аспекти демографічної ситуації в Україні, аналізуються її стан, причини виникнення й динаміка розвитку. Пропонуються можливі варіанти поліпшення демографічної ситуації за рахунок використання досягнень в області соціологічної й психологічної науки.